

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Professor Dr. H. H. Wieck

DIE ERFASSUNG PSYCHISCHER STÖRUNGEN DURCH ANGEHÖRIGE

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Bernd Wolfgang Mühlberg
aus Rodewisch

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg

Direktor: Professor Dr. H. H. Wieck

DIE ERFASSUNG PSYCHISCHER STÖRUNGEN DURCH ANGEHÖRIGE

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Bernd Wolfgang Mühlberg
aus Rodewisch

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereichs Medizin
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. E. Rügheimer
Referent: Priv.-Doz. Dr. R. Baer
Korreferent: Prof. Dr. H.H. Wieck

Tag der mündlichen Prüfung: 11. Oktober 1976

Eva Walz †

gewidmet

Herrn Privatdozenten Dr. R. Baer danke ich für die Überlassung des Themas und für seine stets hilfsbereite und freundliche Unterstützung und Beratung bei der Ausführung der Arbeit.

Herrn Professor Dr. H.H. Wieck möchte ich für sein Interesse und seine Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchungen an seiner Klinik danken.

Mein Dank gilt auch Herrn Diplom-Psychologen S. Lehl für seine Beratung bei Fragen der Methodik und Statistik.

	Seite
I <u>EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG</u> =====	1
II <u>EIGENE UNTERSUCHUNGEN</u> =====	5
1. <u>METHODIK</u>	5
2. <u>EIGENE ERGEBNISSE</u>	19
a) Schizophrenie	19
b) Zykllothymie	30
c) Alkoholismus	38
d) Hirnorganische Syndrome	46
e) Vergleichende Betrachtungen	54
III <u>DISKUSSION</u> =====	76
1. <u>SCHIZOPHRENIE UND ZYKLOTHYMIE</u>	76
2. <u>ALKOHOLISMUS UND HIRNORGANISCHE SYNDROME</u>	85
3. <u>KLINISCHE SCHLUSSFOLGERUNGEN</u>	90
IV <u>ZUSAMMENFASSUNG</u> =====	97
- LITERATURVERZEICHNIS	
- ANHANG	

=====

STROTZKA (1965) definierte Sozialpsychiatrie als "jene Wissenschaft, die sich systematisch mit der Bedeutung von sozialen, kulturellen sowie Umgebungsfaktoren im weitesten Sinne für seelische Gesundheit und Krankheit befaßt". FINZEN und v.CRANACH (1972) stellen fest, "die Dimension des Sozialen in der Psychiatrie ist im deutschen Sprachraum lange vernachlässigt worden", erst in den letzten zehn Jahren nehme das Interesse beständig zu. PETRILOWITSCH registrierte 1969 einen grundsätzlichen Wandel bezüglich des Tabus, mit dem die Gesellschaft den psychisch Kranken und mit ihm die Psychiatrie belegt habe und v.BAEYER meinte schon 1966, daß die Gesellschaft sich offensichtlich mehr auf ihre Verantwortung ihren psychisch Kranken gegenüber besinne. Das wachsende Interesse der Öffentlichkeit scheint mit der zunehmenden Beschäftigung mit sozialpsychiatrischen Fragen seitens der Wissenschaft parallel zu gehen. Dabei darf nicht übersehen werden, daß die Psychiatrie von ihrer Aufgabe her schon immer auch eine soziale Wissenschaft gewesen ist (ENGELMEIER 1969). WIECK (1967) stellte die "Soziotherapie" bei endogenen Psychosen als äußere Relevanztherapie, mit deren Hilfe die Außensituation und damit die lebenssituativen Relevanzen des Kranken günstig gestaltet werden sollen, neben die innere Relevanztherapie, die individuelle Therapie im engeren Sinne. Die Notwendigkeit, das soziale Umfeld des psychisch Kranken in die Therapie mit einzubeziehen, ist der Psychiatrie schon lange bewußt, jedoch zeigte es sich, daß sie dabei gegen beträchtliche Schwierigkeiten anzukämpfen hatte. HEINRICH (1969) sah als "häufige Ursache soziotherapeutischer Mißerfolge... das Wiedereintreten des Patienten in das alte, unbereinigte familiäre Spannungsfeld", er zeigte sich aber pessimistisch, ob es mög-

lich sei, diesen Zustand zu ändern. Die "Schranke zwischen den seelisch Abnormen und der Gesellschaft", die v.BAEYER (1951) beschrieb und der er auch eine grundsätzliche Bedeutung für das belastete Verhältnis der Gesellschaft zur Psychiatrie zumaß, verhinderte eine wirkungsvolle Wiedereingliederung vieler psychisch Kranker in Familie und Gesellschaft. Ohne Zutun des Psychiaters wurde der psychisch Kranke von der Gesellschaft ausgegliedert und abgesondert. V.BAEYER (1951) führte dies auf die "konfliktreichen Wechselbeziehungen zwischen dem Abnormen und seinen sozialen Partnern" zurück.

Die Frage drängt sich auf, welcher Art diese "konfliktreichen Wechselbeziehungen" denn seien. STROTZKA (1965) betonte die Bedeutung der Umgebungsfaktoren auch für die Auslösung und den Verlauf psychischer Störungen, stellte aber zugleich fest, daß dieses Gebiet noch sehr wenig erforscht sei. In der Familienpsychiatrie sah er dabei eine der sinnvollsten Anwendungen der Sozialpsychiatrie, insbesondere erhoffte er sich von ihr eine wirkungsvolle Handhabe zu einer echten Vorbeugung. V.BAEYER (1966) stellte die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit der Familie des Patienten mit den betreuenden Institutionen heraus und forderte dazu auf, den Zerfallerscheinungen der inneren Familienstruktur, die der psychisch Kranke hervorrufe, methodisch zu begegnen.

Eine solche methodische Begegnung setzt eine systematische Erforschung der Interaktionen und der diesen Interaktionen zugrunde liegenden Einstellungen und Wahrnehmungen in der Familie des psychisch Kranken voraus. Die Reaktionen der Umwelt, besonders der Familie, auf die psychische Erkrankung und die Gegenreaktionen des Patienten rücken dabei in den Mittelpunkt des Interesses, zugleich gilt es zwischen den einzelnen

psychischen Krankheiten zu differenzieren. Denn, wie SCHULTE (1958) bemerkt, "so verschieden sind... die Verhaltensweisen der gesunden Umwelt, ganz unabhängig von der Prägung durch die persönliche Struktur, so verschieden wie die Grundkrankheiten und -abartigkeiten selber". Er weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß durch die Besonderheiten der Umweltreaktionen sich auch einige Rückschlüsse auf die Eigenarten und die Zusammengehörigkeit der Psychosen ziehen lassen.

JAECKEL und WIESER unternahmen 1970 einen Versuch, den angeschnittenen Problemkreis, der zuvor in der Literatur in mehr kasuistisch orientierten Arbeiten behandelt worden war, mit Hilfe moderner, insbesondere quantifizierender Methoden aus der Soziologie und Statistik zu erforschen. An einer repräsentativen Stichprobe aus der Normalbevölkerung untersuchten sie mit Hilfe der von OSGOOD et al. (1957) entwickelten Methode des Polaritätsprofils die unterschiedlichen Vorstellungen, welche die Bevölkerung mit den Begriffen "Geisteskrankheit" und "Gemütskrankheit" verbindet, und versuchten so, ein auf statistisch nachprüfbare Daten gestütztes "Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit" zu entwerfen. Dieser quantifizierende Forschungsansatz wurde von BAER (1975) übernommen und systematisch ausgebaut, wobei u. a. Differenzierungen im Urteil des Laien, besonders des Angehörigen über den psychisch Kranken untersucht wurden. Die Einstellungen und Beurteilungen, die Angehörige und psychisch Kranke in ihrem spannungsreichen Verhältnis entwickelten, und ihre Bedeutung für das weitere Schicksal des Kranken führten in diesem Zusammenhang zu der Fragestellung, in welchem Ausmaß die Angehörigen die psychischen Störungen ihres erkrankten Familienmitglieds überhaupt erfassen können.

Es erscheint sinnvoll, dieser Frage auch mit dem Instrumentarium der klassischen Psychopathologie nachzugehen, indem diese sozusagen in die Sprache des Laien übersetzt und damit dessen Verständnis zugänglich gemacht wird. Zugleich eröffnet sich damit die Möglichkeit, den "Befund" bzw. die Wahrnehmung der einzelnen Symptome durch den Laien mit dem Befund des Klinikers zu vergleichen. An vier Gruppen von je 16 Patienten und deren nächsten Angehörigen soll dabei das Krankheitsbild der Schizophrenie, der Zykllothymie, des Alkoholismus und des Hirnorganischen Syndroms untersucht werden. Auch mögliche Unterschiede zwischen den einzelnen Krankheitsgruppen sind von Interesse.

Die vorliegende Arbeit versucht einerseits einen Beitrag zur Sozialpsychiatrie zu leisten, besonders zur Problematik des Verhältnisses des psychisch Kranken zu seinen Familienangehörigen, andererseits soll sie auch als ein Beitrag zur Psychopathologie, zu einer "Psychopathologie aus der Sicht des Angehörigen" verstanden werden. Im Sinne von BAER (1975) wird damit "Sozialpsychopathologie" betrieben.

II EIGENE UNTERSUCHUNGEN

=====

1. METHODIK

Als Grundlage der Untersuchung wurden zwei Fragebögen ausgearbeitet, die als wesentlichen Bestandteil jeweils eine Liste mit 71 psychopathologischen Symptomen enthielten (Symptome im Sinne der klinischen Psychopathologie K.SCHNEIDERS). Die Symptomenliste des Fragebogens 1 diente dem Untersucher zur Niederschrift der Befunde. Die bei der Exploration des Patienten festgestellten Symptome wurden, nach ihrer Ausprägung graduell abgestuft, in diese Liste eingetragen. In dem für den Angehörigen bestimmten Fragebogen 2 war dieselbe Liste in die Laiensprache übersetzt worden; beispielsweise lautete das Symptom "akustische Halluzinationen" aus Fragebogen 1 im Fragebogen 2: "Der Kranke hört Stimmen, Geräusche, Musik, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind." Die vollständige Symptomenliste und ihre Übersetzung in die Laiensprache sind im Anhang wiedergegeben. Der Angehörige sollte bei allen 71 Symptomen angeben, ob ihm das betreffende Symptom in der letzten Zeit bei dem Patienten aufgefallen war oder nicht. Die Antwortmöglichkeit war dabei nur ja oder nein.

Die Erhebung des psychischen Befundes durch den Untersucher stützte sich auf eine ausführliche psychiatrische Exploration. Ferner wurden alle Befunde der Krankengeschichte oder sonstiger Unterlagen (Tests etc.) mit herangezogen. Der in der Symptomenliste 1 festgehaltene Befund schließt also die Befunde der behandelnden Stationsärzte mit ein. Die Angaben des Angehörigen wurden vom Untersucher in Fragebogen 1 nicht berücksichtigt, um die Ergebnisse nicht zu verfälschen. Die Wahrnehmungen des Angehörigen wie auch der Befund des Un-

tersuchers bezogen sich dabei ausschließlich auf die zum Untersuchungszeitpunkt akute psychische Erkrankung des Patienten, die zu seiner stationären Behandlung geführt hatte.

Fragebogen 1 erfaßte außerdem noch Angaben über Schulbildung, Berufsausbildung sowie die berufliche Stellung des Patienten; in einer psychiatrischen Anamnese wurde der Zeitpunkt der Erstmanifestation der psychischen Störung, die bisherige Verlaufsduer der Erkrankung, die Zahl der Phasen und die Anzahl bzw. Dauer der früheren stationären psychiatrischen Behandlungen erfragt. In Fragebogen 2 sollte der Angehörige zusätzlich Auskunft darüber geben, auf welche Weise und durch wen er die Diagnose der psychischen Erkrankung erfahren habe, ob er vom Kranken finanziell abhängig sei und ob er glaube, weiterhin mit dem Kranken zusammen leben zu können.

Untersucht wurden 64 Patienten, die zwischen Februar 1974 und Juni 1975 wegen einer psychischen Erkrankung in die Universitätsnervenklinik Erlangen in stationäre Behandlung kamen. Die Patienten gliederten sich nach ihrer Diagnose in vier Gruppen: jeweils 16 Patienten hatten die Diagnose Schizophrenie, Zykllothymie, Alkoholismus und Hirnorganisches Syndrom; jede Gruppe bestand aus acht männlichen und acht weiblichen Patienten. Tab. 1 (a-g) gibt einen Überblick über die genaue Diagnose, Geschlecht, Alter, berufliche Stellung, Erstmanifestationszeitpunkt der psychischen Störung und die Anzahl der früheren stationären psychiatrischen Behandlungen.

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Beruf1.Stellung	Erstmanifestations-zeitpunkt d.psych. Störung	Anzahl d.früh.station.psychiatr. Behandlungen
1	Paranoide Schizophrenie	32	unselbständig in mittlerer Stellung tätig	1966	1
2	Alkoholdelir	51	hauptberuflich selbständig tätig	1970	-
3	Alkoholismus	40	Hausfrau ohne zusätzl.berufl. Tätigkeit	1970	-
4	Zyklothyme Depression monopolarer Verlauf	45	unselbständig in mittlerer Stellung tätig	1971	1
5	Paranoide Schizophrenie	50	arbeitslos	1974	-
6	Paranoide Schizophrenie	30	vorzeitiger Ruhestand wegen psychiatr. Erkrankung	1963	1
7	Paranoide Schizophrenie	27	arbeitslos	1968	3
8	Paranoide Schizophrenie	20	noch in Ausbildung	1973	-
9	Paranoide Schizophrenie	31	arbeitslos	1968	2
10	Alkoholdelir	41	Hausfrau ohne zusätzl.berufl. Tätigkeit	1975	-

Tabelle 1a

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Berufl.Stellung	Erstmanifestations- zeitpunkt d.psych. Störung	Anzahl d.früh. station.psychiatr. Behandlungen
11	Schizophrenia simplex	34	unselbständig in einfacher Stellung tätig	1963	3
12	Paranoid- halluzin. Schizophrenie	32	arbeitslos	1961	3
13	Katatone Schizophrenie	43	unselbständig in einfacher Stellung tätig	1964	3
14	Zyklothyme Depression, monopolarer Verlauf	42	Hausfrau ohne zusätzl.Berufl. Tätigkeit	1970	3
15	Zyklothyme Depression, monopolarer Verlauf	76	vorzeitiger Ruhestand aus anderen Gründen	1971	4
16	Paranoid- halluzinator. Schizophrenie	37	Hausfrau mit zusätzl.Berufl. Tätigkeit	1973	1
17	Zyklothyme Depression, monopolarer Verlauf	51	Hausfrau mit zusätzl.Berufl. Tätigkeit	1954	1
18	Zyklothymie, bipol.Verlauf	69	Hausfrau ohne zusätzl.Berufl. Tätigkeit	1961	5
19	Contusionspsychose	18	unselbständig in einfacher Stellung tätig	1975	-
20	Alkoholismus	46	vorzeitiger Ruhe- stand aus ande- ren Gründen	1958	2

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Berufli.Stellung	Erstmanifestations- zeitpunkt d.psych. Störung	Anzahl d.früh. station.psychiatr. Behandlungen
21	Zyklothyme Depression, monopolarer Verlauf	42	Hausfrau ohne zusätzl.berufl. Tätigkeit	1970	-
22	Alkoholdelir	33	unselbständig in mittlerer Stellung tätig	1974	-
23	Zyklothyme Depression, monopolarer Verlauf	48	hauptberuflich selbständig tätig	1973	2
24	Cerebrale Durch- blutungs- störungen	49	vorzeitiger Ruhestand wegen psychiatr. Erkrankung	keine Angaben	keine Angaben
25	Offene Schädel- Hirn-Verletzung, Intracerebrales Hämatom	28	arbeitslos	1974	-
26	Zyklothyme Depression, monopolarer Verlauf	29	unselbständig in einfacher Stellung tätig	1969	2
27	Hebephrenie	15	noch in Ausbildung	1971	-
28	Paranoid- halluzinator. Schizophrenie	61	Hausfrau ohne zusätzl.berufl. Tätigkeit	1953	1
29	Zyklothyme Depression, monop.Verlauf	37	Hausfrau ohne zusätzl.berufl. Tätigkeit	1967	1
30	Zyklothyme Depression monop.Verlauf	63	Hausfrau ohne zusätzl.berufl. Tätigkeit	1972	2

Tabelle 1c

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Berufl.Stellung	Erstmanifestations- zeitpunkt d.psych. Störung	Anzahl d.früh. station.psychiatr. Behandlungen
31	Alkoholismus	37	unselbständig in einfacher Stellung tätig	1969	-
32	Katatone Schizophrenie	30	vorzeitiger Ruhestand wegen psychiatr. Erkrankung	1967	1
33	Alkoholismus	29	Hausfrau ohne zusätzl.berufl. Tätigkeit	1973	-
34	Zustand nach Gliomexstir- pation re temporal	65	termingerechter Ruhestand	1975	1
35	Cerebraler Gefäßprozeß	51	Hausfrau ohne zusätzl.berufl. Tätigkeit	1972	2
36	Alkoholismus	47	Hausfrau mit zusätzl.berufl. Tätigkeit	1974	-
37	Zyklothyme Depression, monop.Verlauf	63	Hausfrau ohne zusätzl.berufl. Tätigkeit	1948	5
38	Zyklothyme Depression monop.Verlauf	60	Hausfrau ohne zusätzl.berufl. Tätigkeit	1967	3
39	Hirntumor li temporo-parietal in Ventrikelnähe	24	unselbständig in einfacher Stellung tätig	1974	-
40	Cerebraler Gefäßprozeß	72	termingerechter Ruhestand	1974	-

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Beruf1.Stellung	Erstmanifestations- zeitpunkt d.psych. Störung	Anzahl d.früh. station.psychiatr. Behandlungen
41	Zyklothyme Depression, monop.Verlauf	37	hauptberuflich selbständig tätig	1960	1
42	Alkoholdelir	49	unselbständig in einfacher Stellung tätig	1974	-
43	Zyklothyme Depression, monop.Verlauf	38	unselbständig in einfacher Stellung tätig	1967	3
44	Contusionspsychose	21	unselbständig in einfacher Stellung tätig	1974	-
45	Alkoholdelir	44	Hausfrau ohne zusätzl.beruf1. Tätigkeit	1972	1
46	Zyklothyme Depression, monop.Verlauf	40	arbeitslos	1973	2
47	Paranoid-hallu- zinator. Schizophrenie	34	vorzeitiger Ruhe- stand wegen psychiatr. Erkrankung	1966	2
48	Cerebraler Gefäßprozeß	75	termingerechter Ruhestand	1974	-
49	Zustand n.Hirn- kontusion; posttraumat. Anfallsleiden	61	vorzeitiger Ruhe- stand wegen psychiatr. Erkrankung	1972	2
50	Alkoholismus	68	vorzeitiger Ruhe- stand aus an- deren Gründen	1974	-

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Berufl. Stellung	Erstmanifestations- zeitpunkt d. psych. Störung	Anzahl d. früh. station. psychiatr. Behandlungen
51	Contusions- psychose	52	unselbständig in einfacher Stellung tätig	1974	-
52	Alkoholdelir	52	unselbständig in mittlerer Stellung tätig	1974	-
53	Alkoholismus	23	Hausfrau ohne zusätzl. berufl. Tätigkeit	1974	-
54	Zyklothyme Depression, monop. Verlauf	42	unselbständig in einfacher Stellung tätig	1958	-
55	Contusions- psychose mit Anfallsleiden	53	hauptberuflich selbständig tätig	1975	8
56	Contusions- psychose	17	noch in Ausbildung	1974	-
57	Alkoholdelir	44	unselbständig in mittlerer Stellung tätig	1975	-
58	Cerebraler Gefäßprozeß	74	terminogerechter Ruhestand	1974	1
59	Amnestisches Durchgangs- syndrom nach Alkoholismus	49	hauptberuflich selbständig tätig	1975	-
60	Schizophrenia simplex	31	unselbständig in mittlerer Stellung tätig	1968	5

Fall-Nr.	Diagnose	Alter	Berufl. Stellung	Erstmanifestations- zeitpunkt d. psych. Störung	Anzahl d. früh. station. psychiatr. Behandlungen
61	Alkoholdelir	45	hauptberuflich selbständig tätig	1975	-
62	Paranoid- halluzinator. Schizophrenie	54	Hausfrau ohne zusätzl. berufl. Tätigkeit	1974	1
63	Hirnatroph. Prozeß	51	Hausfrau mit zusätzl. berufl. Tätigkeit	1974	-
64	Hirnorganisches Anfallsleiden	74	terminogerechter Ruhestand	1936	3

Von den 64 befragten Angehörigen waren

- 35 Ehepartner
- 12 ein Elternteil
- 7 erwachsene Kinder
- 15 Geschwister oder sonstige
nahe Angehörige

Soweit dies möglich war, wurde grundsätzlich der engste Angehörige des Patienten befragt, d. h. zunächst der Ehepartner. Sofern dieser nicht erreichbar war, wandten wir uns an einen Elternteil bzw. ein erwachsenes Kind, als nächstes an Geschwister oder sonstige nahe Angehörige. Diese Auswahl sollte die Gewähr dafür bieten, daß der Angehörige vor der Befragung im Zusammenleben mit dem Patienten bereits Erfahrungen über dessen Krankheit sammeln konnte.

Für die Auswertung standen 128 vollständig ausgefüllte Formulare zur Verfügung, jeweils 64 vom Untersucher (Fragebogen 1) und von den Angehörigen (Fragebogen 2). Die gefundenen Daten wurden auf Lochkarten übertragen und, soweit erforderlich, im Rechenzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg einer Computer-Auswertung unterzogen.

Drei Fragestellungen waren zu beantworten:

1. Wie stellt sich die jeweilige psychische Erkrankung aus der Sicht der Angehörigen dar, welche Symptome werden von ihnen am häufigsten wahrgenommen?
2. Inwieweit unterscheiden sich die Wahrnehmungen des klinischen Untersuchers und der Angehörigen voneinander? Zu diesem Zweck wurde die Anzahl der Wahrnehmungen eines Symptoms bzw. einer bestimmten Symptomengruppe durch den Angehörigen mit der Anzahl der

Wahrnehmungen durch den Untersucher verglichen und auf statistisch bedeutsame Unterschiede überprüft. Bei der Symptomwahrnehmung durch den Untersucher wurde dabei nur unterschieden zwischen "Symptom wahrgenommen" (Symptom leicht, mittelgradig, schwer ausgeprägt) und "Symptom nicht wahrgenommen" (Symptom nicht vorhanden, nicht feststellbar).

3. Wie unterscheiden sich die einzelnen Krankheitsbilder aus der Sicht der Angehörigen? Dazu wurde ebenfalls die Häufigkeit, mit der die Angehörigen der Probanden einer Krankheitsgruppe (z. B. der Krankheitsgruppe Schizophrenie) ein Symptom erfaßt hatten, mit der Häufigkeit verglichen, mit der die Angehörigen einer anderen Krankheitsgruppe (z. B. Zyklothymie) dasselbe Symptom wahrgenommen hatten. Bei jedem Symptom wurden die gefundenen Häufigkeiten auf statistisch bedeutsame Unterschiede überprüft. Auf diese Weise war es möglich, eine "Differentialtypologie (K.SCHNEIDER) der endogenen Psychosen aus der Sicht der Angehörigen" zu entwerfen. In ähnlicher Weise konnten die Krankheitsbilder "Alkoholismus" und "Hirnorganische Syndrome" miteinander verglichen werden. Schließlich bot sich noch die Möglichkeit, die "endogenen Psychosen" den psychischen Störungen bei Alkoholismus und Hirnorganischen Syndromen gegenüberzustellen.

Bei den statistischen Berechnungen wurden jeweils absolute Häufigkeiten aus zwei unabhängigen Stichproben mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests (1 Freiheitsgrad) auf signifikante Unterschiede (5 %- und 1 %-Niveau) überprüft. Geprüft wurde gegen die Gleichverteilung; d. h., es wurde die Nullhypothese aufgestellt, daß das untersuchte Merkmal in beiden Stichproben mit gleicher Häufigkeit genannt wird.

Die Berechnung erfolgte nach der Formel

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^2 \frac{(fo_i - fe_i)^2}{fe_i}$$

wobei fo_i = beobachtete absolute Häufigkeit
 fe_i = erwartete Häufigkeit (entsprechend
 der Nullhypothese)
 i = Gruppe 1 oder 2

Da bei der Berechnung von Chi-Quadrat die erwartete Häufigkeit $fe_i \geq 4$ sein sollte (nach SACHS (1973)), wurde bei Erwartungshäufigkeiten $fe_i < 4$ die genaue Wahrscheinlichkeit berechnet. Die genaue Wahrscheinlichkeit für eine Häufigkeitsverteilung von 5 : 0 ist danach beispielsweise $p < 0,05$, für eine Verteilung von 7 : 0 ist sie $p < 0,01$. Um mögliche Zusammenhänge zwischen der Symptomwahrnehmung durch den Untersucher und durch die Angehörigen darzustellen, wurde zusätzlich für jede Krankheitsgruppe eine Rangkorrelation nach SPEARMAN berechnet. Dabei wurden die Symptome nach der Häufigkeit ihrer Nennungen in eine Rangordnung gebracht. Für die Nennungshäufigkeit durch den Untersucher und durch den Angehörigen wurden je eine Rangreihe erstellt. So erhielt jedes Symptom zwei Rangplätze. Die Rangdifferenz wurde für jedes Symptom quadriert. Die Quadrate der Differenzen (= d^2) wurden schließlich in die Formel nach SPEARMAN eingesetzt

$$rho = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2-1)}$$

rho = Rangkorrelationskoeffizient

n = Stichprobenumfang (n = 71 Symptome)

Folgende Voraussetzungen sind noch zu beachten:

Bei der Frage, inwieweit sich die Wahrnehmungen von Untersuchter und Angehörigen unterscheiden, wurden nicht nur einzelne Symptome, sondern auch Symptomgruppen miteinander verglichen. Zum Beispiel umfaßt das Symptom bzw. die Symptomgruppe "Störungen der sinnlichen Wahrnehmung" die Einzelsymptome "illusionäre Verkennungen", "akustische Halluzinationen", "optische Halluzinationen", "haptische Halluzinationen" und "Geruchs- und Geschmacks-halluzinationen". Das Symptom "Störungen der sinnlichen Wahrnehmung" erfaßt dabei die Gesamtzahl der Wahrnehmungen bei den einzelnen Symptomen. Bei dieser Zusammenfassung wird von der Annahme ausgegangen, daß die einzelnen Symptome unabhängig voneinander wahrgenommen werden. Da sowohl die Angehörigen wie auch der Untersuchter zu jedem einzelnen Symptom gezielt befragt wurden, erscheint diese Annahme gerechtfertigt.

Bei der Frage, wie sich die einzelnen Krankheitsbilder aus der Sicht der Angehörigen unterscheiden, wird vorausgesetzt, daß keine Wechselbeziehungen zwischen der Krankheit des Patienten und der Fähigkeit des Angehörigen, ein bestimmtes Symptom zu erfassen, auftreten. Gemeint ist damit, daß beispielsweise die Angehörigen in ihrer Urteilsfähigkeit durch die psychische Erkrankung ihres Familienmitglieds nicht beeinträchtigt sind, daß also z. B. die Angehörigen von schizophrenen und zyklischen Patienten gleichermaßen befähigt sind, ein bestimmtes Symptom zu erfassen.

Bei dem Vergleich der "endogenen Psychosen" mit den psychischen Störungen bei Alkoholismus und Hirnorganischen Syndromen erschien die Zusammenfassung der beiden letztgenannten Krankheitsbilder sinnvoll, da bei den Patienten mit der Diagnose Alkoholismus "organisch" gefärbte psychische Störungen überwogen. Die Hälfte dieser

Patienten bot bei der Aufnahme das Bild eines Alkohol-delirs; auch bei den übrigen standen psychische Störungen, die als Folge chronischer oder akuter Intoxikation anzusehen waren, im Vordergrund.

Bei allen Überprüfungen der Unterschiede in den Symptomwahrnehmungen wurden die Assoziationen und Rangkorrelationen der Symptome nicht berücksichtigt. Erfüllten die Daten das metrische Skalenniveau, würde man versuchen, multivariate Diskriminanzanalysen für derartige Unterschiedsprüfungen zu verwenden. Da die Symptomwahrnehmungen aber nur auf dem Nominalskalenniveau (vorhanden-nicht vorhanden), höchstens auf dem Rangskalenniveau (nicht vorhanden, leicht, mittelgradig, schwer ausgeprägt), dazu mit vielen Rangbindungen, gemessen werden, sind wichtige Voraussetzungen für den gültigen Einsatz der multivariaten Diskriminanzanalyse verletzt. Die Nominaldaten können nicht einmal daraufhin geprüft werden, ob man ihnen z. B. die für die Diskriminanzanalyse wichtige Voraussetzung der Normalverteilung unterstellen darf.

Insgesamt betrachtet wüßte man also nicht, welcher Wert den Ergebnissen zuzumessen wäre, wenn man die vorliegenden Daten einer multivariaten Diskriminanzanalyse unterzöge. Obendrein wirken sich die verschiedenen Schwierigkeiten, d.h. der unterschiedlichen relativen Benennungshäufigkeiten der Symptome, nur schwer oder gar nicht kontrollierbar auf deren Kovarianzen aus.

2. ERGEBNISSE

a) SCHIZOPHRENIE

Die Ergebnisse bei der Gruppe der schizophrenen Kranken sind in den Abbildungen 1, 2a-c und 3 und in der Tabelle 3 dargestellt.

In Abb. 1 sind die von den Angehörigen am häufigsten wahrgenommenen Symptome (in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit) aufgeführt. Die schraffierten Säulen über den betreffenden Symptomen stellen dabei die Anzahl der Wahrnehmungen des Symptoms durch die Angehörigen, die nichtschraffierten die Anzahl der Wahrnehmungen durch den Untersucher dar. Am häufigsten fiel den Angehörigen bei den Patienten auf, daß diese innerlich unruhig, depressiv und mißtrauisch seien, mit etwas geringerer Häufigkeit wurden sie auch als ratlos, ängstlich und dysphorisch bezeichnet. Gleichzeitig bemerkten die Angehörigen aber auch die für die Schizophrenie so charakteristischen Symptome wie akustische Halluzinationen, Wahnwahrnehmungen und Gedankeneingebung. Weitere häufig genannte Symptome waren Konfabulationen, überwertige Ideen, Wahneinfälle, Perseverationen, motorische Unruhe sowie gehemmter Gedankenablauf und verminderte Libido. Die Mehrzahl der Angehörigen bescheinigte den Patienten, daß sie Einsicht in ihre Krankheit zeigten; auch der Untersucher konnte dies bei 11 der 16 Patienten feststellen.

Der erste Eindruck, daß die genannten Symptome eigentlich eine recht treffende Beschreibung des Krankheitsbildes der Schizophrenie und deren häufigster Symptome geben, bestätigt sich bei einem Vergleich der Wahrnehmungen von Untersucher und Angehörigen. In Abb. 2a-c ist das vollständige Symptomenprofil wiedergegeben,

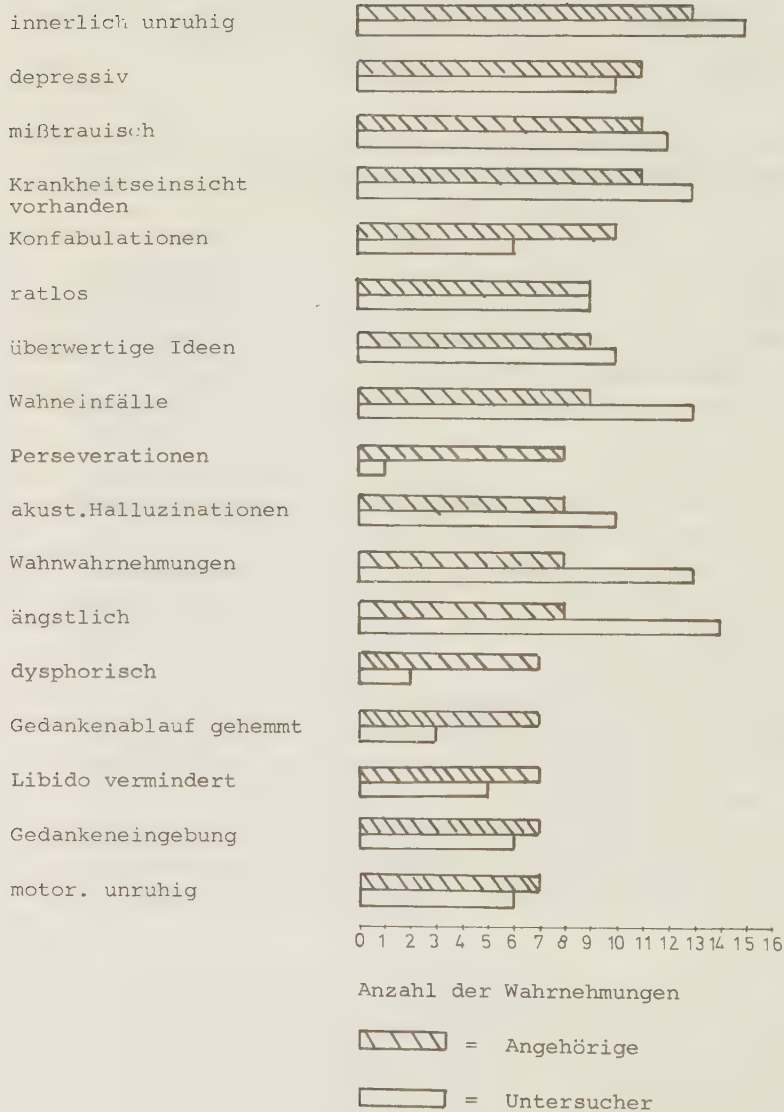


Abb. 1 Die häufigsten Symptome bei Schizophrenie aus der Sicht der Angehörigen

wie es sich aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers in den 71 psychopathologischen Symptomen abbildet. Die durchgezogene Linie in Abb. 2a-c entspricht dabei den Wahrnehmungen der Angehörigen, die gestrichelte Linie den Wahrnehmungen des Untersuchers.

Bei der Überprüfung mit dem Chi-Quadrat-Test ergab sich nur für ein einziges Symptom ein statistisch auffälliger Unterschied ($p < 5\%$) zwischen der Anzahl der Wahrnehmungen durch die Angehörigen und durch den Untersucher: das Symptom "Perseverationen" wurde von den Angehörigen in acht Fällen genannt, vom Untersucher hingegen nur einmal.

In diesem Zusammenhang stellte sich auch die Frage nach möglichen Unterschieden innerhalb einzelner Symptomgruppen. Diese Frage erschien bedeutsam z. B. unter dem Blickwinkel, ob die Angehörigen aufgrund ihrer stärkeren emotionalen Bindung zu dem Kranken eher als der Untersucher in der Lage sein könnten, etwa allgemeine affektive Störungen zu erfassen. Zu diesem Zweck wurden, wie Tabelle 2a-b zeigt, einzelne Symptome zu Symptomgruppen bzw. zu übergeordneten Symptomen zusammengefaßt. Dabei ergab sich, wie Tabelle 3 und Abb. 3 zeigen, ebenfalls eine weitgehende Übereinstimmung zwischen den Angehörigen und dem Untersucher, jedoch zeigte es sich, daß bei der Symptomgruppe "Störungen der sinnlichen Wahrnehmung" statistisch auffällige Unterschiede auftraten ($p < 5\%$). Die Penetranz dieser Symptomgruppe war für die Angehörigen deutlich geringer als für den Untersucher. In abgeschwächtem Maße gilt dies, entgegen den ursprünglichen Erwartungen, auch für die affektiven Störungen.

Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen den Wahrnehmungen des Untersuchers und den Wahrnehmungen der Angehörigen

konnte schließlich noch durch Berechnung des Rangkorrelationskoeffizienten nach SPEARMAN gesichert werden. Es ergab sich ein Rangkorrelationskoeffizient von 0,60 ($n = 71$ Symptome), d. h. es bestand eine hohe positive Korrelation.

1. zeitlich desorientiert
2. örtlich desorientiert
3. situativ desorientiert
4. über die eigene Person desorientiert
5. Merkfähigkeitsstörungen
6. Konfabulationen
7. Auffassungsstörungen
8. Konzentrationsstörungen
9. Gedankenablauf verlangsamt
10. Gedankenablauf gehemmt
11. Gedankenablauf inkohärent
12. Gedankenabreißen
13. Gedankenausbreitung
14. Gedankenentzug
15. Gedankeneingebung
16. ideenflüchtig
17. logorrhöisch
18. Perseverationen
19. überwertige Ideen
20. Zwangsdenken
21. Zwangshandlungen
22. Phobien
23. Schuldwahn
24. hypochondrischer Wahn

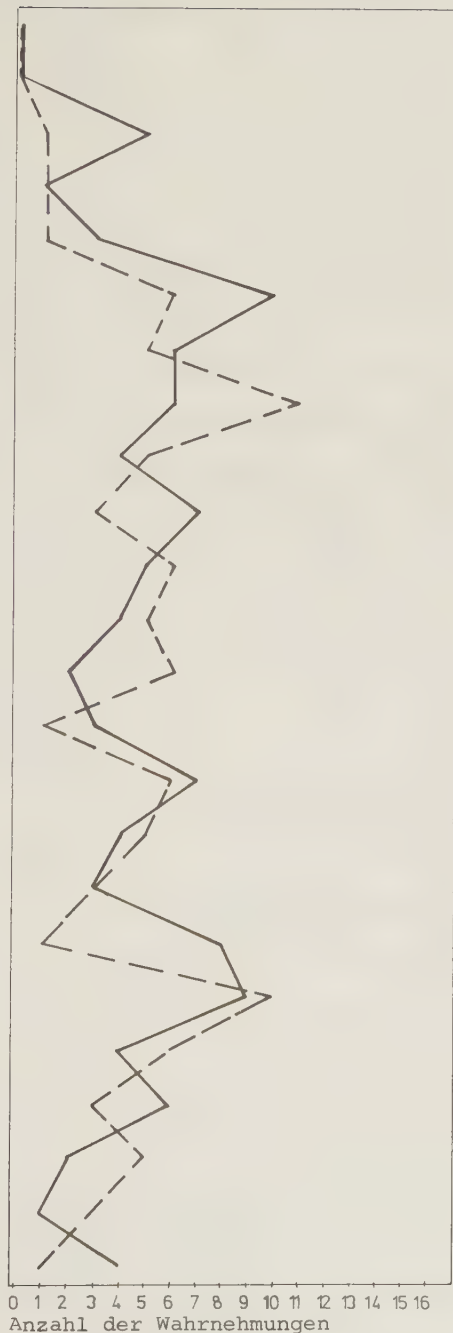


Abb. 2a Das Symptomenprofil bei Schizophrenie aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers

— = Angehörige
 --- = Untersucher

25. Verarmungswahn

26. Wahnwahrnehmungen

27. Wahneinfälle

28. Eifersuchtswahn

29. Größenwahn

30. illusionäre Verkennungen

31. akustische Halluzinationen

32. optische Halluzinationen

33. haptische Halluzinationen

34. Geruchs- und Geschmacks-
halluzinationen

35. Depersonalisations-
erlebnisse

36. Entfremdungserlebnisse

37. Autismus

38. Ambivalenz

39. ratlos

40. affektiv entleert

41. depressiv

42. ängstlich

43. euphorisch

44. dysphorisch

45. mißtrauisch

46. aggressiv

47. gespannt

48. innerlich unruhig

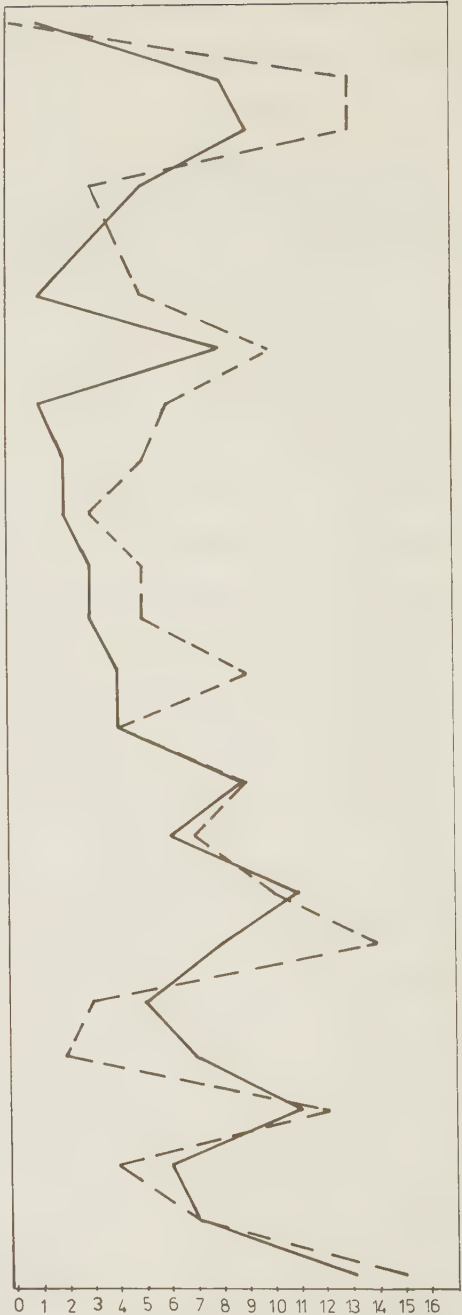


Abb. 2b Das Symptomenprofil
bei Schizophrenie
aus der Sicht der
Angehörigen und des
Untersuchers

Anzahl der Wahrnehmungen

— = Angehörige

- - - = Untersucher

49. klagsam
50. läppisch
51. Insuffizienzgefühl
52. gesteigertes
Selbstwertgefühl
53. sekundäres Schuldgefühl
54. affektlabil
55. affektinkontinent
56. affektstarr
57. antriebsarm
58. akinetisch
59. mutistisch
60. antriebsgesteigert
61. motorisch unruhig
62. negativistisch
63. maniert
64. Neologismen
65. abendliche
Stimmungsaufhellung
66. Krankheitseinsicht
vorhanden
67. Suicidgedanken
68. Selbstbeschädigungs-
handlungen
69. Libido gesteigert
70. Libido vermindert
71. sexuelle Triebab-
weichungen



Abb. 2c Das Symptomenprofil bei Schizophrenie aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers

Anzahl der Wahrnehmungen

— = Angehörige

- - - = Untersucher

TABELLE 2a: Zusammenfassung einzelner Symptome zu Symptomgruppen

Symptomgruppe	Zusammengefaßte Symptome
1. Störungen der Orientierung	- zeitl. desorientiert - örtl. desorientiert - situativ desorientiert - über die eigene Person desorient.
2. Störungen des Denkablaufs	- Konzentrationsstörungen - Gedankenablauf verlangsamt - Gedankenablauf gehemmt - Gedankenablauf inkohärent - Gedankenabreißen - Gedankenausbreitung - Gedankenentzug - Gedankeneingebung - ideenflüchtig - Perseverationen
3. Störungen des Denkinhalts	- überwertige Ideen - Schuldwahn - hypochondr. Wahn - Verarmungswahn - Wahnwahrnehmungen - Wahneinfälle - Eifersuchtswahn - Größenwahn
4. Störungen des Gedächtnisses	- Merkfähigkeitsstörungen - Konfabulationen
5. Störungen der sinnl. Wahrnehmung	- illusionäre Verkennungen - akustische Halluzinationen - optische Halluzinationen - haptische Halluzinationen - Geruchs- und Geschmacks-halluzinationen

TABELLE 2b: Zusammenfassung einzelner Symptome zu Symptomgruppen

Symptomgruppe	Zusammengefaßte Symptome
6. Affektive Störungen	- affektiv entleert - depressiv - ängstlich - euphorisch - dysphorisch - gespannt - klagsam - läppisch - Insuffizienzgefühl - gesteigertes Selbstwertgefühl - affektlabil - affektinkontinent - affektstarr (- Depersonalisationserlebnisse) (- Entfremdungserlebnisse)
7. Psychomotorische Störungen	- logorrhöisch - aggressiv - innerlich unruhig - antriebsarm - akinetisch - mutistisch - antriebsgesteigert - motor. unruhig
8. Zwang	- Zwangsdenken - Zwangshandlungen

	Anzahl der Wahrnehmungen durch den Untersucher	Anzahl der Wahrnehmungen durch die Angehörigen	
1. Störungen der Orientierung	2	6	n.s.
2. Störungen des Denkablaufs	49	50	n.s.
3. Störungen des Denkinhalts	47	40	n.s.
4. Störungen des Gedächtnisses	7	13	n.s.
5. Störungen der sinnlichen Wahrnehmung	29	14	p < 5 %
6. Affektive Störungen	95	75	n.s.
7. Psychomotorische Störungen	46	45	n.s.
8. Zwang	9	10	n.s.

Tabelle 3: Profil der Symptomgruppen aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers
(bei Schizophrenie)
n.s. = nicht signifikant

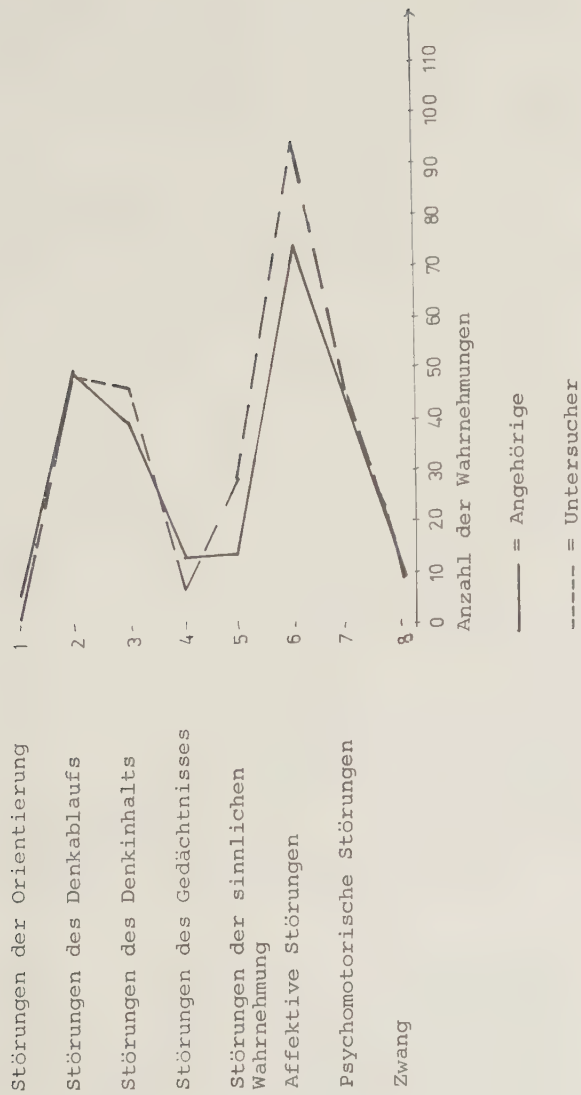


Abb. 3: Profil der Symptomgruppen aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers (bei Schizophrenie)

b) ZYKLOTHYMIE

Die Ergebnisse bei der Gruppe der zykllothymen Kranken sind in den Abb. 4, 5a-c und 6 und in der Tabelle 4 dargestellt.

In Abb. 4 sind wiederum die von den Angehörigen am häufigsten genannten Symptome aufgeführt. Die Symptome "depressiv", "Insuffizienzgefühl", "verminderte Libido", "ratlos" und "antriebsarm" wiesen dabei bei der Erfassung durch die Angehörigen wie auch durch den Untersucher eine sehr hohe Penetranz auf (drei Viertel aller Angehörigen stellten diese Symptome fest). Fast alle Angehörigen (15 von insgesamt 16) billigten den Patienten Krankheitseinsicht zu, ebenso oft konnte dies auch der Untersucher feststellen. Weitere häufig genannte Symptome waren "innerlich unruhig", "ängstlich", "Suicidgedanken", "abendliche Stimmungsaufhellung", "verlangsamter Gedankenablauf", "affektiv entleert", "klag-sam", "Merkfähigkeitsstörungen" und "hypochondrischer Wahn". Auch hier kann von einer sehr zutreffenden Beschreibung des Krankheitsbildes der Zykllothymie gesprochen werden; die hohe Penetranz der Leitsymptome wird bei dem vollständigen Symptomenprofil in Abb. 5a-c auch graphisch sichtbar. Dieses Ergebnis stimmt mit den Untersuchungsergebnissen von BAER (1973) überein, der bei der Beurteilung Zykllothymen durch deren Angehörige gleichfalls eine sehr genaue Registrierung der zykllothymen Leitsymptomatik feststellte.

Bei der Überprüfung mit dem Chi-Quadrat-Test traten bei keinem Symptom statistisch auffällige Unterschiede zwischen der Anzahl der Wahrnehmungen durch die Angehörigen und durch den Untersucher auf; auch innerhalb der Symptomgruppen (Zusammenfassung der Symptome wie in Tabelle 2a-b) zeigte sich eine bemerkenswerte Übereinstimmung (siehe Tabelle 4 und Abb. 6). Bei der Berechnung des

- 1 -

Rangkorrelationskoeffizienten nach SPEARMAN ergab sich ein Wert von 0,88 ($n = 71$ Symptome) und damit eine sehr hohe Korrelation zwischen den Wahrnehmungen der Angehörigen und des Untersuchers. Alle diese Ergebnisse legen den Schluß nahe, daß das Krankheitsbild der Zykllothymie in der Wahrnehmung durch die Angehörigen eine hohe Penetranz aufweist.

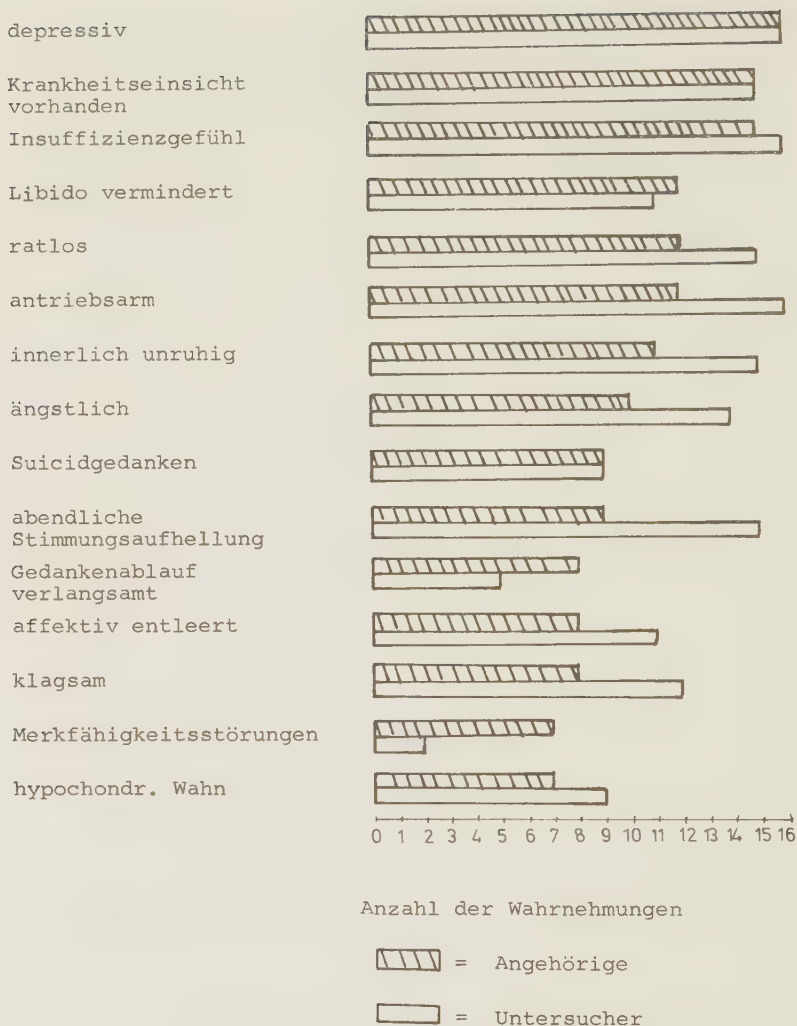


Abb. 4 Die häufigsten Symptome bei Zyklothymie aus der Sicht der Angehörigen

1. zeitlich desorientiert
2. örtlich desorientiert
3. situativ desorientiert
4. über die eigene Person desorientiert
5. Merkfähigkeitsstörungen
6. Konfabulationen
7. Auffassungsstörungen
8. Konzentrationsstörungen
9. Gedankenablauf verlangsamt
10. Gedankenablauf gehemmt
11. Gedankenablauf inkohärent
12. Gedankenabreißen
13. Gedankenausbreitung
14. Gedankenentzug
15. Gedankeneingebung
16. ideenflüchtig
17. logorrhöisch
18. Perseverationen
19. überwertige Ideen
20. Zwangsdanken
21. Zwangshandlungen
22. Phobien
23. Schuldwahn
24. hypochondrischer Wahn



Abb. 5a: Das Symptomenprofil bei Zyklothymie aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers

— = Angehörige
 ---- = Untersucher

25. Verarmungswahn
26. Wahnwahrnehmungen
27. Wahneinfälle
28. Eifersuchtswahn
29. Größenwahn
30. illusionäre Verkennungen
31. akustische Halluzinat.
32. optische Halluzinat.
33. haptische Halluzinat.
34. Geruchs- u. Geschmacks-
halluzinationen
35. Depersonalisations-
erlebnisse
36. Entfremdungserlebnisse
37. Autismus
38. Ambivalenz
39. ratlos
40. affektiv entleert
41. depressiv
42. ängstlich
43. euphorisch
44. dysphorisch
45. mißtrauisch
46. aggressiv
47. gespannt
48. innerlich unruhig

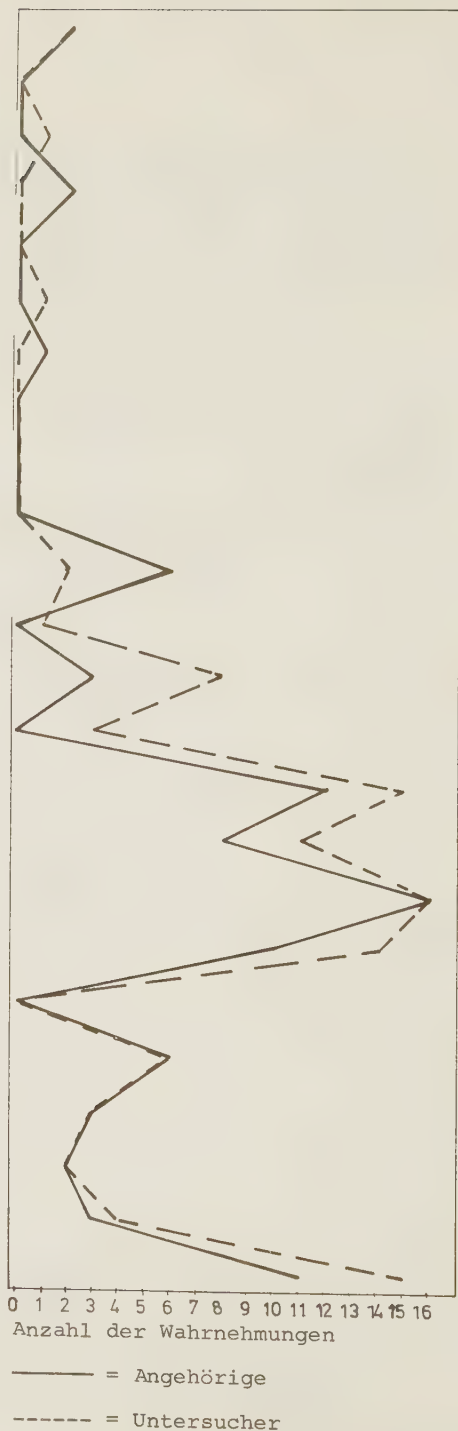


Abb. 5b: Das Symptomenprofil bei Zykllothymie aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers

— = Angehörige
- - - = Untersucher

49. klagsam
50. läppisch
51. Insuffizienzgefühl
52. gesteigertes Selbstwertgefühl
53. sekundäres Schuldgefühl
54. affektlabil
55. affektinkontinent
56. affektstarr
57. antriebsarm
58. akinetisch
59. mutistisch
60. antriebsgesteigert
61. motorisch unruhig
62. negativistisch
63. maniert
64. Neologismen
65. abendl. Stimmungsaufhellung
66. Krankheitseinsicht vorhanden
67. Suicidgedanken
68. Selbstbeschädigungshandlungen
69. Libido gesteigert
70. Libido vermindert
71. sexuelle Triebabweichungen

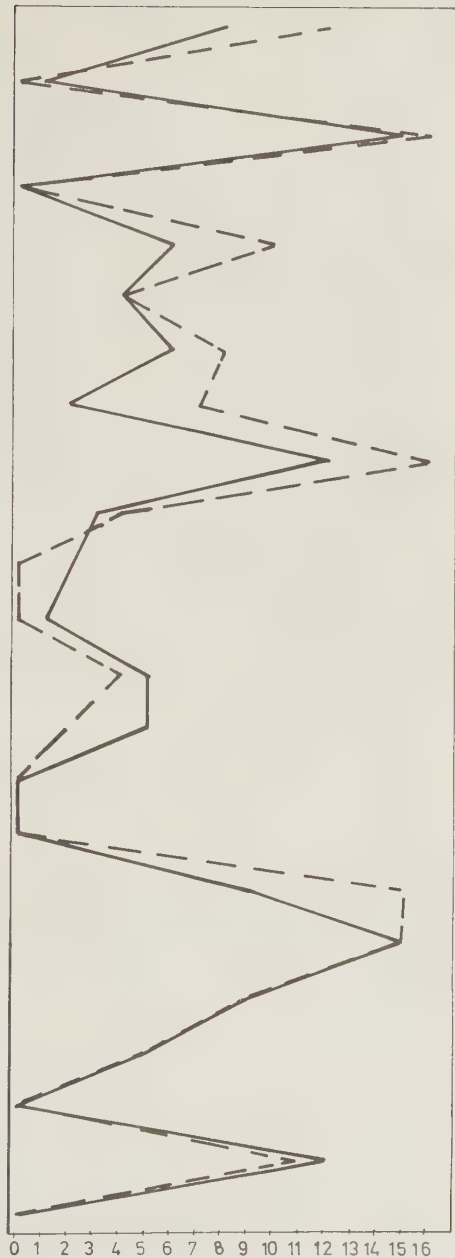


Abb. 5c: Das Symptomenprofil bei Zykllothymie aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers

Anzahl der Wahrnehmungen
 — = Angehörige
 - - - - = Untersucher

	Anzahl der Wahrnehmungen durch den Untersucher	Anzahl der Wahrnehmungen durch die Angehörigen	
1. Störungen der Orientierung	2	1	n.s.
2. Störungen des Denkablaufs	34	31	n.s.
3. Störungen des Denkinhalts	22	15	n.s.
4. Störungen des Gedächtnisses	2	8	n.s.
5. Störungen der sinnl. Wahrnehmung	1	1	n.s.
6. Affektive Störungen	101	85	n.s.
7. Psychomotor. Störungen	43	37	n.s.
8. Zwang	9	6	n.s.

Tabelle 4: Profil der Symptomengruppen aus der Sicht der
Angehörigen und des Untersuchers
(bei Zykllothymie)

Störungen der Orientierung
 Störungen des Denkablaufs
 Störungen des Denkinhalts
 Störungen des Gedächtnisses
 Störungen der sinnlichen
 Wahrnehmung
 Affektive Störungen
 Psychomotorische Störungen
 Zwang

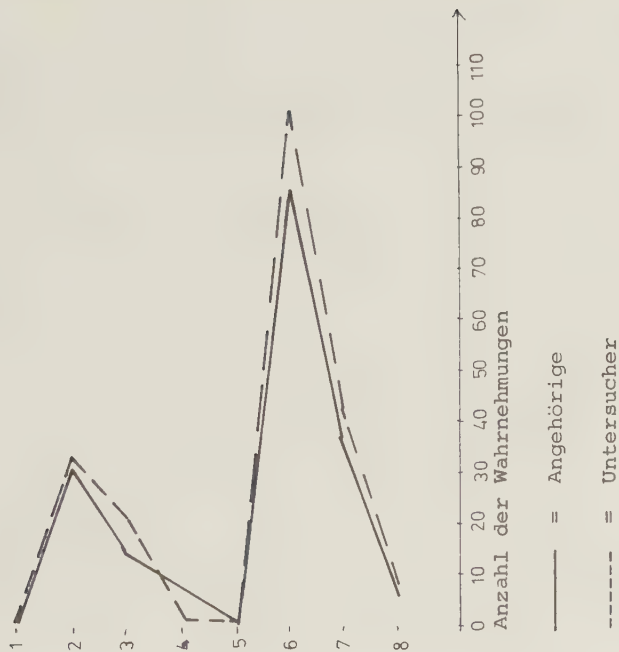


Abb. 6: Profil der Symptomengruppen aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers
 (bei Zyklothymie)

c) ALKOHOLISMUS

Die Ergebnisse bei der Gruppe der Kranken mit der Diagnose Alkoholismus und metalkoholische Psychosen sind in den Abb. 7, 8a-c und 9 und in der Tabelle 5 dargestellt.

In Abb. 7 sind die von den Angehörigen am häufigsten genannten Symptome aufgeführt. Es fällt auf, daß es, etwa im Vergleich mit der Zykllothymie, keine eindeutigen Leitsymptome gibt, vielmehr verteilen sich die Nennungen der Angehörigen relativ gleichmäßig über ein breites Symptomenspektrum (siehe dazu auch Abb. 8a-c). Die häufigsten Symptome, die von mehr als der Hälfte aller Angehörigen festgestellt wurden, waren "innerlich unruhig", "Konfabulationen", "Merkfähigkeitsstörungen", "Perseverationen" und "ratlos"; die Mehrheit der Angehörigen meinte, daß die Patienten Krankheitseinsicht zeigten. Weitere häufig genannte Symptome waren "Wahnwahrnehmungen", "verlangsamer Gedankenablauf", "mißtrauisch", "Konzentrationsstörungen", "motorisch unruhig", "antriebsarm", "antriebsgesteigert"(!), "depressiv", "Auffassungsstörungen", "inkohärenter Gedankenablauf" und "gespannt". Die Fluktuation der Symptome wird durch die Tatsache, daß so gegensätzliche Symptome wie "antriebsarm" und "antriebsgesteigert" jeweils von der knappen Hälfte (7 von 16) der Angehörigen genannt wurden, besonders deutlich.

Vergleicht man die Anzahl der Wahrnehmungen der Angehörigen mit der Anzahl der Wahrnehmungen des Untersuchers (siehe dazu Abb. 8a-c), so treten zwar bei den einzelnen Symptomen keine statistisch auffälligen Unterschiede auf, doch zeigen sich bei den Symptomgruppen (Zusammenfassung der Symptome wie in Tabelle 2a-b) bei "Störungen des Denkinhalts" und "Zwang" deutliche Differenzen, die bei Überprüfung mit dem Chi-Quadrat-Test auch statistisch auffällig waren ($p < 5\%$). Wie Tabelle 5 und Abb. 9

zeigen, ergaben sich bei diesen Symptomgruppen deutlich mehr Nennungen durch die Angehörigen, ein Effekt, der in abgeschwächtem Maße auch bei den "Störungen des Denkablaufs" auftrat (in 47 Fällen von den Angehörigen, in nur 36 Fällen vom Untersucher wahrgenommen). Bei der Frage, warum diese Symptomgruppen in der Wahrnehmung des Untersuchers eine vergleichsweise niedrige Penetranz aufweisen, ist man zunächst geneigt, den Hang des Alkoholikers zur Dissimulation verantwortlich zu machen, doch muß auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, daß die Angehörigen hier Symptome angegeben haben, die in Wirklichkeit gar nicht vorhanden waren. Dies würde dann die Frage aufwerfen, welche Gründe die Angehörigen zu diesen falschen Angaben veranlaßt haben.

Bei Berechnung des Rangkorrelationskoeffizienten nach SPEARMAN ergab sich ein Wert von 0,71 ($n = 71$ Symptome) und damit ebenfalls eine hohe Korrelation zwischen den Wahrnehmungen der Angehörigen und des Untersuchers.

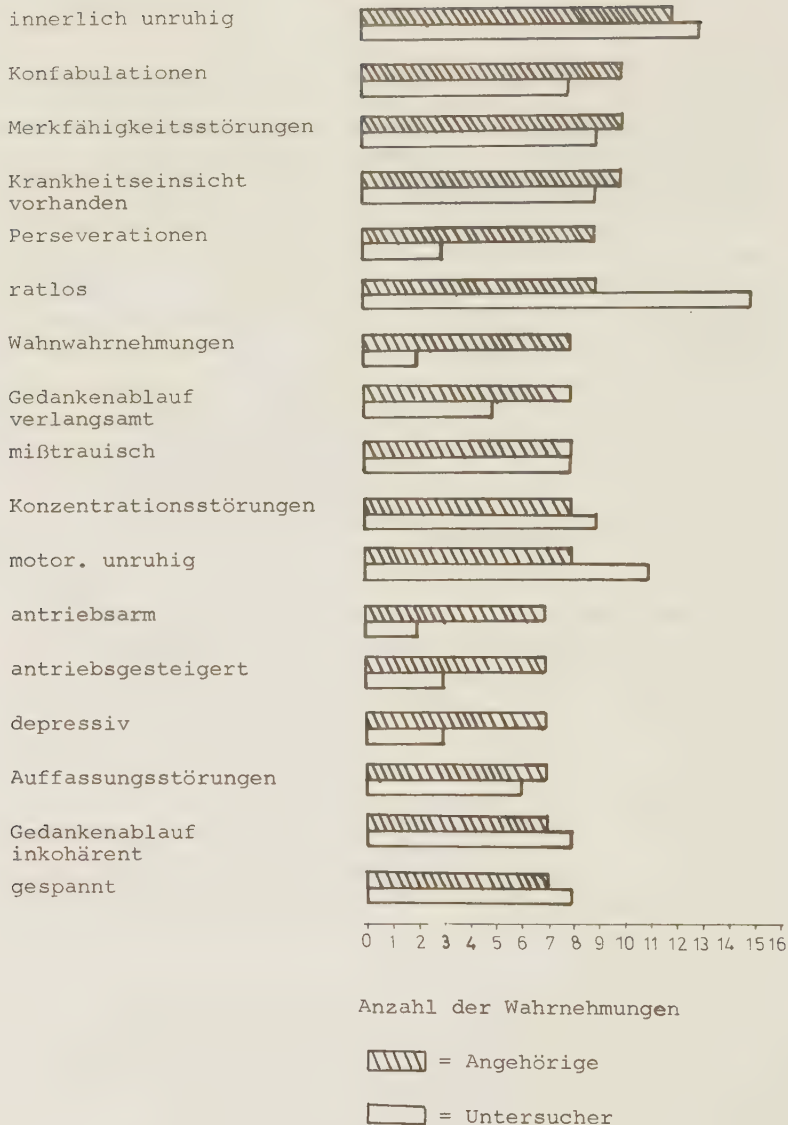


Abb. 7: Die häufigsten Symptome bei Alkoholismus und metalkoholischen Psychosen aus der Sicht der Angehörigen

1. zeitlich desorientiert
2. örtlich desorientiert
3. situativ desorientiert
4. über die eigene Person desorientiert
5. Merkfähigkeitsstörungen
6. Konfabulationen
7. Auffassungsstörungen
8. Konzentrationsstörungen
9. Gedankenablauf verlangsamt
10. Gedankenablauf gehemmt
11. Gedankenablauf inkohärent
12. Gedankenabreißen
13. Gedankenausbreitung
14. Gedankenentzug
15. Gedankeneingebung
16. ideenflüchtig
17. logorrhöisch
18. Perseverationen
19. überwertige Ideen
20. Zwangsdenken
21. Zwangshandlungen
22. Phobien
23. Schuldwahn
24. hypochondrischer Wahn



Abb. 8a: Das Symptomenprofil bei Alkoholismus aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers

— = Angehörige
 ---- = Untersucher

25. Verarmungswahn
26. Wahnwahrnehmungen
27. Wahneinfälle
28. Eifersuchtswahn
29. Größenwahn
30. illusionäre Verkennungen
31. akustische Halluzinationen
32. optische Halluzinationen
33. haptische Halluzinationen
34. Geruchs- und Geschmacks-
halluzinationen
35. Depersonalisations-
erlebnisse
36. Entfremdungserlebnisse
37. Autismus
38. Ambivalenz
39. ratlos
40. affektiv entleert
41. depressiv
42. ängstlich
43. euphorisch
44. dysphorisch
45. mißtrauisch
46. aggressiv
47. gespannt
48. innerlich unruhig

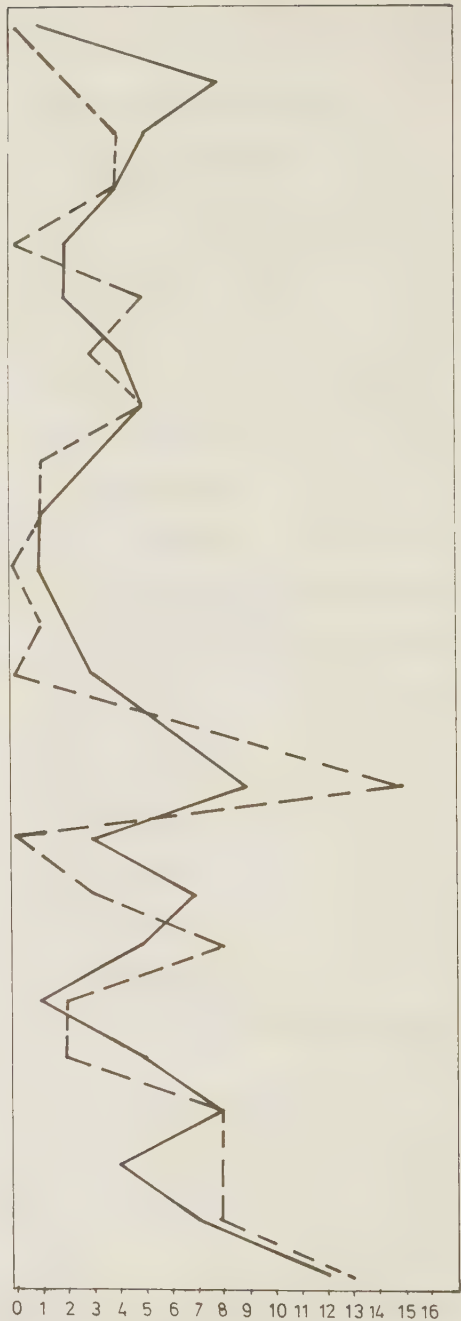


Abb. 8b: Das Symptomenprofil bei Alkoholismus aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers

— = Angehörige
 ---- = Untersucher

49. klagsam
50. läppisch
51. Insuffizienzgefühl
52. gesteigertes Selbstwertgefühl
53. sekundäres Schuldgefühl
54. affektlabil
55. affektinkontinent
56. affektstarr
57. antriebsarm
58. akinetisch
59. mutistisch
60. antriebsgesteigert
61. motorisch unruhig
62. negativistisch
63. maniert
64. Neologismen
65. abendliche Stimmungsaufhellung
66. Krankheitseinsicht vorhanden
67. Suicidgedanken
68. Selbstbeschädigungshandlungen
69. Libido gesteigert
70. Libido vermindert
71. sexuelle Triebabweichungen

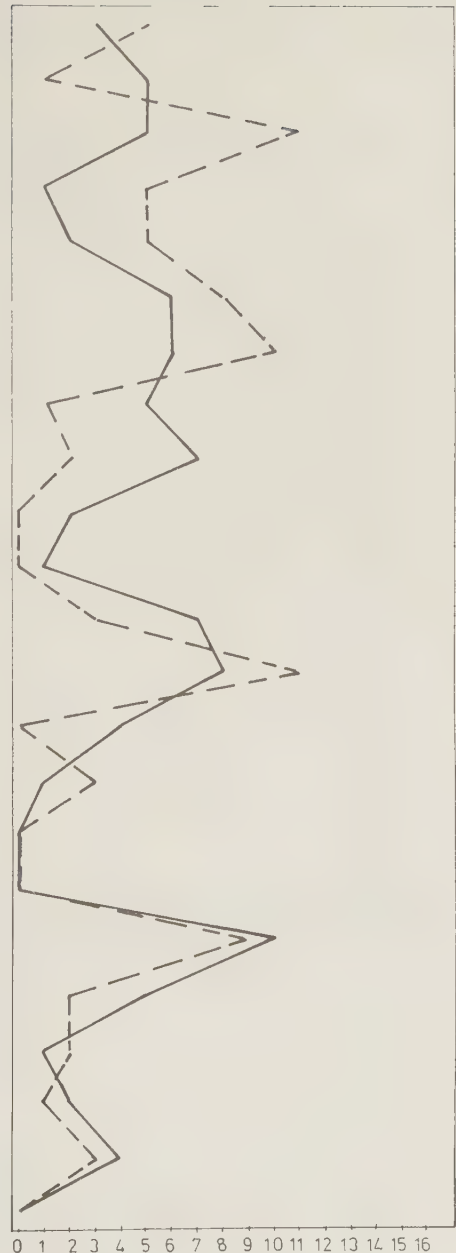


Abb. 8c: Das Symptomenprofil bei Alkoholismus aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers

Anzahl der Wahrnehmungen

— = Angehörige

----- = Untersucher

	Anzahl der Wahrnehmungen durch den Untersucher	Anzahl der Wahrnehmungen durch die Angehörigen	
1. Störungen der Orientierung	19	17	n.s.
2. Störungen des Denkablaufs	36	47	n.s.
3. Störungen des Denkinhalts	15	29	$p < 5 \%$
4. Störungen des Gedächtnisses	17	20	n.s.
5. Störungen der sinnl. Wahrnehmung	15	15	n.s.
6. Affektive Störungen	65	62	n.s.
7. Psychomotor. Störungen	44	44	n.s.
8. Zwang	0	5	$p < 5 \%$

Tabelle 5 Profil der Symptomgruppen aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers
(bei Alkoholismus)

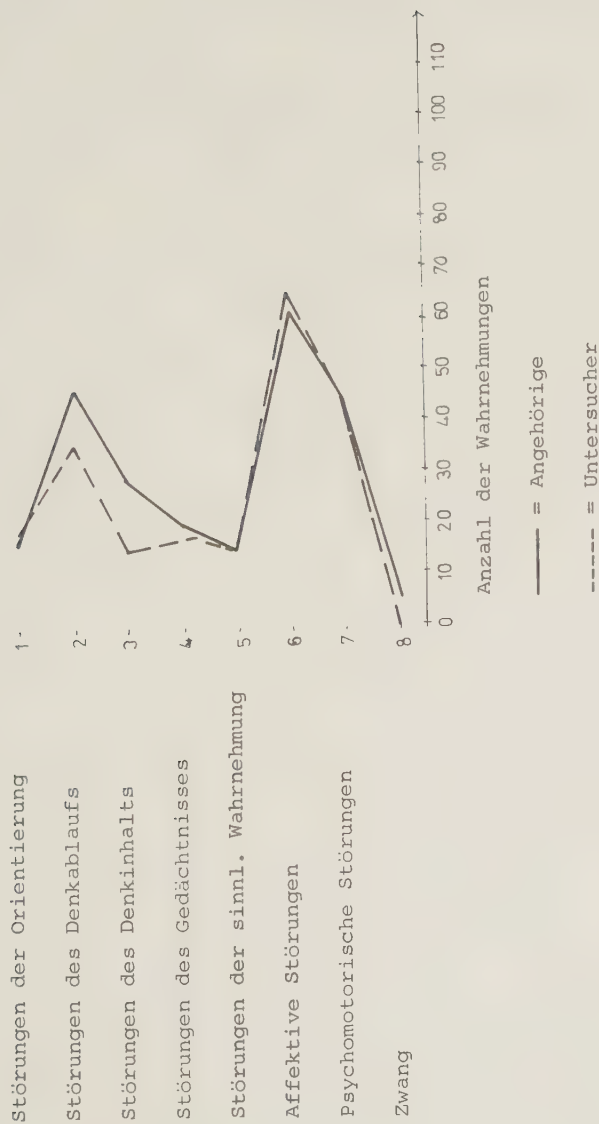


Abb. 9: Profil der Symptomgruppen aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers
 (bei Alkoholismus und metalkoholischen Psychosen)

d) HIRNORGANISCHES SYNDROM

Die Ergebnisse bei der Gruppe der Kranken mit der Diagnose "Hirnorganisches Syndrom" sind in den Abb. 10, 11a-c und 12 und in der Tabelle 6 dargestellt.

In Abb. 10 sind die von den Angehörigen am häufigsten genannten Symptome wiedergegeben. Es sind dies die Symptome "Konzentrationsstörungen", "gehemmter Gedankenablauf", "zeitlich desorientiert", "verlangsamter Gedankenablauf", "Merkfähigkeitsstörungen", "Perseverationen", "innerlich unruhig", "Gedankenabreißen" und "ratlos". Aus dieser Aufzählung ist bereits zu ersehen, daß hier formale Denkstörungen sowie Störungen der Orientierung und des Gedächtnisses ganz im Vordergrund stehen, affektive Störungen und Störungen des Denkinhalts treten dagegen zurück (siehe dazu das vollständige Symptomenprofil in Abb. 11a-c). Wie bei den drei anderen Krankheitsgruppen meinte die Mehrheit der Angehörigen, daß die Patienten Krankheitseinsicht zeigten. Bei einem Vergleich der Wahrnehmungen der Angehörigen mit den Wahrnehmungen des Untersuchers zeigten sich bei zwei Symptomen, bei "örtlich desorientiert" und bei "Auffassungsstörungen", statistisch auffällige Unterschiede ($p < 5\%$); diese beiden Symptome wurden mit einer wesentlich geringeren Häufigkeit genannt (siehe dazu Abb. 11a). Bei allen übrigen Symptomen und auch bei den Symptomgruppen (Zusammenfassung der Symptome wie in Tabelle 2a-b) fanden sich keine signifikanten Unterschiede (siehe dazu Tabelle 6 und Abb. 12). Die letztgenannten Tatsachen sowie der Umstand, daß sich bei Berechnung des Rangkorrelationskoeffizienten nach SPEARMAN mit einem Wert von 0,81 ($n = 71$ Symptome) eine sehr hohe Korrelation zwischen den Wahrnehmungen der Angehörigen und den Wahrnehmungen des Untersuchers sichern ließ, legen den Schluß nahe, daß auch das Krankheitsbild des "Hirnorganischen Syndroms" eine hohe

- 11 -

Penetranz in der Wahrnehmung durch die Angehörigen aufweist.

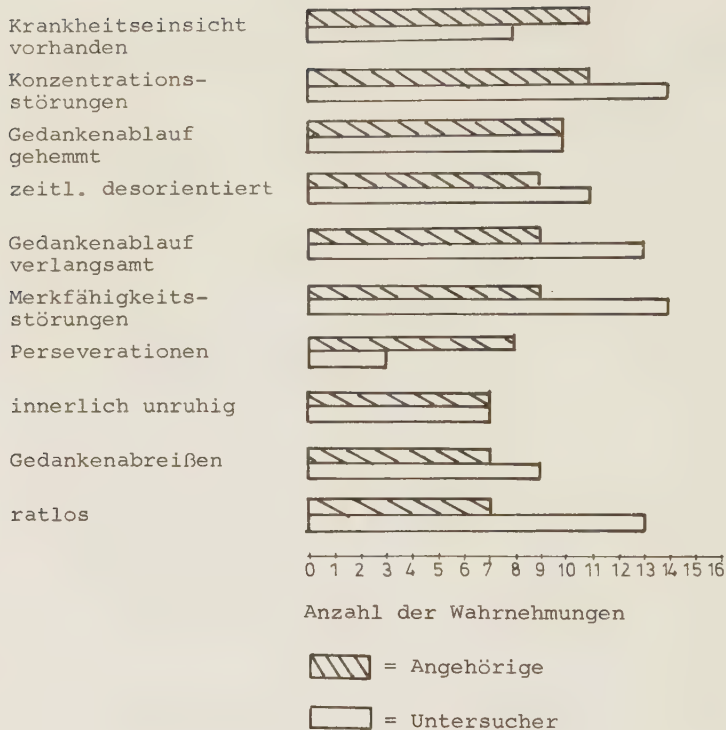


Abb. 10: Die häufigsten Symptome bei hirnorganischem Syndrom aus der Sicht der Angehörigen

1. zeitlich desorientiert
2. örtlich desorientiert
3. situativ desorientiert
4. über die eigene Person desorientiert
5. Merkfähigkeitsstörungen
6. Konfabulationen
7. Auffassungsstörungen
8. Konzentrationsstörungen
9. Gedankenablauf verlangsamt
10. Gedankenablauf gehemmt
11. Gedankenablauf inkohärent
12. Gedankenabreißen
13. Gedankenausbreitung
14. Gedankenentzug
15. Gedankeneingebung
16. ideenflüchtig
17. logorrhöisch
18. Perseverationen
19. überwertige Ideen
20. Zwangsdenken
21. Zwangshandlungen
22. Phobien
23. Schuldwahn
24. hypochondrischer Wahn



Abb. 11a: Das Symptomenprofil bei hirnorganischem Syndrom aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers

Anzahl der Wahrnehmungen
 — = Angehörige
 ---- = Untersucher

25. Verarmungswahn

26. Wahnwahrnehmungen

27. Wahneinfälle

28. Eifersuchtswahn

29. Größenwahn

30. illusionäre Verkennungen

31. akustische Halluzinationen

32. optische Halluzinationen

33. haptische Halluzinationen

34. Geruchs- und Geschmacks-
halluzinationen

35. Depersonalisations-
erlebnisse

36. Entfremdungserlebnisse

37. Autismus

38. Ambivalenz

39. ratlos

40. affektiv entleert

41. depressiv

42. ängstlich

43. euphorisch

44. dysphorisch

45. mißtrauisch

46. aggressiv

47. gespannt

48. innerlich unruhig

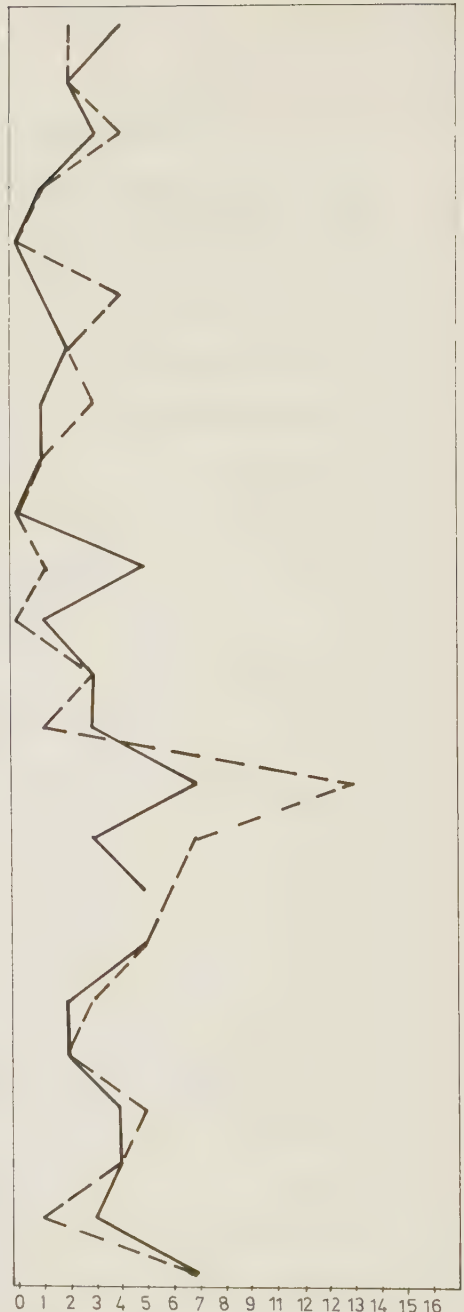


Abb. 11b: Das Symptomenprofil bei hirnorganischem Syndrom aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers

— = Angehörige
----- = Untersucher

49. klagsam
50. läppisch
51. Insuffizienzgefühl
52. gesteigertes
Selbstwertgefühl
53. sekundäres Schuldgefühl
54. affektlabil
55. affektinkontinent
56. affektstarr
57. antriebsarm
58. akinetisch
59. mutistisch
60. antriebsgesteigert
61. motorisch unruhig
62. negativistisch
63. maniert
64. Neologismen
65. abendliche
Stimmungsaufhellung
66. Krankheitseinsicht
vorhanden
67. Suicidgedanken
68. Selbstbeschädigungs-
handlungen
69. Libido gesteigert
70. Libido vermindert
71. sexuelle Triebabweichungen



Abb. 11c: Das Symptomenprofil bei hirnorganischem Syndrom aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers

Anzahl der Wahrnehmungen

— = Angehörige

----- = Untersucher

	Anzahl der Wahrnehmungen durch den Untersucher	Anzahl der Wahrnehmungen durch die Angehörigen	
1. Störungen der Orientierung	30	20	n.s.
2. Störungen des Denkablaufs	63	58	n.s.
3. Störungen des Denkinhalts	10	16	n.s.
4. Störungen des Gedächtnisses	20	15	n.s.
5. Störungen der sinnl. Wahrnehmung	10	5	n.s.
6. Affektive Störungen	59	50	n.s.
7. Psychomotor. Störungen	34	36	n.s.
8. Zwang	0	1	n.s.

Tabelle 6: Profil der Symptomengruppen aus der Sicht der
Angehörigen und des Untersuchers
(bei hirnorganischem Syndrom)



Abb. 12: Profil der Symptomgruppen aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers
(bei hirnoranischem Syndrom)

e) VERGLEICHENDE BETRACHTUNGEN

Die bei den einzelnen Krankheitsgruppen gefundenen Ergebnisse lassen in ihrer Gesamtheit die Schlußfolgerung zu, daß die Angehörigen offensichtlich recht gut in der Lage sind, die bei den Kranken auftretenden Symptome zu erfassen. Dieses Ergebnis regt dazu an, zu prüfen, in welchem Ausmaß bzw. bei welchen Symptomen sich die einzelnen Krankheitsbilder aus der Sicht der Angehörigen unterscheiden. Oder, anders formuliert, in welchem Maße sind die Angehörigen befähigt, Unterschiede zwischen den einzelnen psychischen Störungen zu erfassen?

K. SCHNEIDER (1966) stellt bei der Unterscheidung der endogenen Psychosen Schizophrenie und Zykllothymie eine Reihe von "schizophrenen Symptomen ersten und zweiten Ranges" heraus, denen er ein besonderes Gewicht bei der Diagnosestellung zuerkennt. Es stellt sich nun die Frage, inwieweit diese Symptome hinsichtlich ihrer Erfassung durch die Angehörigen gleichfalls für die jeweiligen endogenen Psychosen spezifisch sind.

Zur Beantwortung dieser Frage wurde bei jedem Symptom der Symptomenliste die Anzahl der Wahrnehmungen durch die Angehörigen der schizophrenen Kranken mit der Anzahl der Wahrnehmungen durch die Angehörigen der zykllothymen Kranken verglichen. Die gefundenen Häufigkeiten wurden dann bei jedem Symptom mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests (bei erwarteten Häufigkeiten $fe_j < 4$ wurde die genaue Wahrscheinlichkeit berechnet; siehe Abschnitt Methodik) auf statistisch bedeutsame Unterschiede überprüft. Auf diese Weise war es möglich, eine "Differentialtypologie (K. SCHNEIDER) der endogenen Psychosen aus der Sicht der Angehörigen" zu entwerfen.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 7a-c und in Abb. 13a-c wiedergegeben. Es zeigte sich, daß bei 11 Symptomen statistisch auffällige ($p < 5\%$) oder statistisch signifikante ($p < 1\%$) Unterschiede auftraten. So wurden die Symptome "situativ desorientiert", "Konfabulationen", "Gedankeneingebung", "überwertige Ideen", "Wahnwahrnehmungen", "Wahneinfälle", "akustische Halluzinationen", "euphorisch" und "mißtrauisch" von den Angehörigen der schizophrenen Kranken wesentlich häufiger genannt. Die Angehörigen der zyklotyphen Kranken beobachteten dagegen wesentlich häufiger die Symptome "Insuffizienzgefühl" und "abendliche Stimmungsaufhellung". Nach KURT SCHNEIDER zählen u.a. die Symptome "Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen in der Form von Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten, ... Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussungen, ... Wahnwahrnehmung, ..." zu den schizophrenen Symptomen 1. Ranges; die Symptome "Wahneinfall" und "frohe Verstimmungen" zählen zu den schizophrenen Symptomen 2. Ranges. Setzt man sinngemäß für die Symptome "Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen in Form von Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten..." das in unserem Fragebogen enthaltene Symptom "akustische Halluzinationen" (Übersetzung für den Laien: "Der Kranke hört Stimmen, Geräusche, Musik, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind") sowie für die von K. SCHNEIDER genannten "anderen Gedankenbeeinflussungen" das von uns aufgeführte Symptom "Gedankeneingebung" (Übersetzung für den Laien: "Der Kranke hat das Gefühl, daß ihm jemand Gedanken eingebe, daß ihm Gedanken aufgezwungen würden"), so entsprechen die drei Symptome "Gedankeneingebung", "Wahnwahrnehmungen" und "akustische Halluzinationen" schizophrenen Symptomen 1. Ranges, die Symptome "Wahneinfälle" und "euphorisch" (nach K. SCHNEIDER "frohe Verstimmungen") schizophrenen Symptomen 2. Ranges. Das heißt, von den neun Symptomen, die von den Angehörigen der schizophrenen Kranken signi-

- 30 -

fikant häufiger (5 %- und 1 %-Niveau) wahrgenommen wurden, zählen fünf zu den klassischen Symptomen, die auch die Diagnose des Psychiaters im wesentlichen bestimmen. Bei der Zykllothymie gibt es keine Symptome ersten Ranges, doch meint K. SCHNEIDER, daß man am ehesten noch den "vitalen Charakter der Verstimmung" dafür gelten lassen könnte. Zählt man nach WIECK (1967) auch die Tagesschwankungen zur zykllothymen Elementarsymptomatik, so ergibt sich, daß die beiden von den Angehörigen der zykllothymen Kranken signifikant häufiger (5 %-Niveau) wahrgenommenen Symptome "Insuffizienzgefühl" und "abendliche Stimmungsaufhellung" gleichfalls für die Zykllothymie sehr spezifisch sind.

Vergleicht man auf analoge Art die Angaben der Angehörigen bei den Krankheitsgruppen Alkoholismus und Hirnorganische Syndrome, so zeigt sich hier überraschenderweise, wie aus Tabelle 8a-c ersichtlich, bei keinem Symptom ein statistisch auffälliger Unterschied.

Die Zusammenfassung der Krankheitsgruppen Schizophrenie und Zykllothymie zur Gruppe der "endogenen Psychosen" einerseits und die Zusammenfassung der Krankheitsgruppen Alkoholismus und Hirnorganische Syndrome andererseits bot die Möglichkeit, auch hier Unterschieden in der Erfassung durch die Angehörigen nachzugehen. Wie aus Tabelle 9a-c ersichtlich, ergaben sich bei den Symptomen "hypochondrischer Wahn", "depressiv", "abendliche Stimmungsaufhellung", "Selbstbeschädigungshandlungen" und "verminderte Libido" deutlich mehr Nennungen ($p < 5\%$ bzw. $p < 1\%$) durch die Angehörigen der Kranken mit endogenen Psychosen; die Symptome "zeitlich desorientiert" und "über die eigene Person desorientiert" wurden hingegen von den Angehörigen der Patienten mit Alkoholismus und Hirnorganischen Syndromen wesentlich häufiger ($p < 0,1\%$ bzw. $p < 5\%$) genannt.

Abschließend wurden noch für alle 71 Symptome die Häufigkeiten der Wahrnehmungen durch Angehörige und Untersucher bei Zusammenfassung aller vier Krankheitsgruppen verglichen. Wie aus Tabelle 10a-c ersichtlich, ergaben sich bei fünf Symptomen statistisch auffällige ($p < 5\%$) bzw. signifikante ($p < 1\%$) Unterschiede: die Symptome "Perseverationen" und "negativistisch" wurden wesentlich häufiger von den Angehörigen, die Symptome "örtlich desorientiert", "illusionäre Verkennungen" und "Insuffizienzgefühl" hingegen häufiger vom Untersucher festgestellt.

1. zeitlich desorientiert	0	1	n.s.
2. örtlich desorientiert	0	0	n.s.
3. situativ desorientiert	5	0	p < 5 %
4. über die eigene Person desorientiert	1	0	n.s.
5. Merkfähigkeitsstörungen	3	7	n.s.
6. Konfabulationen	10	1	p < 1 %
7. Auffassungsstörungen	6	3	n.s.
8. Konzentrationsstörungen	6	5	n.s.
9. Gedankenablauf verlangsamt	4	8	n.s.
10. Gedankenablauf gehemmt	7	4	n.s.
11. Gedankenablauf inkohärent	5	2	n.s.
12. Gedankenabreißen	4	3	n.s.
13. Gedankenausbreitung	2	1	n.s.
14. Gedankenentzug	3	0	n.s.
15. Gedankeneingebung	7	0	p < 1 %
16. ideenflüchtig	4	3	n.s.
17. logorrhöisch	3	1	n.s.
18. Perseverationen	8	5	n.s.
19. überwertige Ideen	9	2	p < 5 %
20. Zwangsdenken	4	5	n.s.
21. Zwangshandlungen	6	1	n.s.
22. Phobien	2	3	n.s.
23. Schuldwahn	1	2	n.s.
24. hypochondrischer Wahn	4	7	n.s.

Anzahl der
Wahrnehmungen
(d. Angehörige
von Schizo-
phrenen)

Anzahl der
Wahrnehmungen
(d. Angehörige
von Zyelo-
thymen)

Tabelle 7a Differentialtypologie der endogenen Psychosen aus
der Sicht der Angehörigen
n.s. = nicht signifikant

25. Verarmungswahn	1	2	n.s.
26. Wahnwahrnehmungen	8	0	p < 1 %
27. Wahneinfälle	9	0	p < 1 %
28. Eifersuchtswahn	5	2	n.s.
29. Größenwahn	3	0	n.s.
30. illusionäre Verkennungen	1	0	n.s.
31. akustische Halluzinationen	8	1	p < 5 %
32. optische Halluzinationen	1	0	n.s.
33. haptische Halluzinationen	2	0	n.s.
34. Geruchs- und Geschmacks- halluzinationen	2	0	n.s.
35. Depersonalisationser- lebnisse	3	6	n.s.
36. Entfremdungserlebnisse	3	0	n.s.
37. Autismus	4	3	n.s.
38. Ambivalenz	4	0	n.s.
39. ratlos	9	12	n.s.
40. affektiv entleert	6	8	n.s.
41. depressiv	11	16	n.s.
42. ängstlich	8	10	n.s.
43. euphorisch	5	0	p < 5 %
44. dysphorisch	7	6	n.s.
45. mißtrauisch	11	3	p < 5 %
46. aggressiv	6	2	n.s.
47. gespannt	7	3	n.s.
48. innerlich unruhig	13	11	n.s.

Anzahl der
Wahrnehmungen
(d. Angehörige
von Schizo-
phrenen)

Anzahl der
Wahrnehmungen
(d. Angehörige
von Zyklo-
thymen)

Tabelle 7b Differentialtypologie der endogenen Psychosen
aus der Sicht der Angehörigen
n.s. = nicht signifikant

49. klagsam	4	8	n.s.
50. läppisch	2	1	n.s.
51. Insuffizienzgefühl	4	15	p < 5 %
52. gesteigertes Selbstwertgefühl	3	0	n.s.
53. sekundäres Schuldgefühl	3	6	n.s.
54. affektlabil	5	4	n.s.
55. affektinkontinent	3	6	n.s.
56. affektstarr	4	2	n.s.
57. antriebsarm	6	12	n.s.
58. akinetisch	4	3	n.s.
59. mutistisch	1	2	n.s.
60. antriebsgesteigert	5	1	n.s.
61. motorisch unruhig	7	5	n.s.
62. negativistisch	1	5	n.s.
63. maniert	3	0	n.s.
64. Neologismen	3	0	n.s.
65. abendliche Stimmungsaufhellung	1	9	p < 5 %
66. Krankheitseinsicht vorhanden	11	15	n.s.
67. Suicidgedanken	3	9	n.s.
68. Selbstbeschädigungs- handlungen	4	5	n.s.
69. Libido gesteigert	2	0	n.s.
70. Libido vermindert	7	12	n.s.
71. sexuelle Triebabwei- chungen	0	0	n.s.

Anzahl der
Wahrnehmungen
(d. Angehörige
von Schizo-
phrenen)

Anzahl der
Wahrnehmungen
(d. Angehörige
von Zyκλο-
thymen)

Tabelle 7c Differentialtypologie der endogenen Psychosen
aus der Sicht der Angehörigen
n.s. = nicht signifikant

1. zeitlich desorientiert
2. örtlich desorientiert
3. situativ desorientiert
4. über die eigene Person desorientiert
5. Merkfähigkeitsstörungen
6. Konfabulationen
7. Auffassungsstörungen
8. Konzentrationsstörungen
9. Gedankenablauf verlangsamt
10. Gedankenablauf gehemmt
11. Gedankenablauf inkohärent
12. Gedankenabreißen
13. Gedankenausbreitung
14. Gedankenentzug
15. Gedankeneingebung
16. ideenflüchtig
17. logorrhöisch
18. Perseverationen
19. überwertige Ideen
20. Zwangsdenken
21. Zwangshandlungen
22. Phobien
23. Schuldwahn
24. hypochondrischer Wahn



Abb. 13a: Differentialtypologie der endogenen Psychosen aus der Sicht der Angehörigen

Anzahl der Wahrnehmungen

— = Angehörige d. schizophr. Kranken
 ---- = Angehörige d. zyloth. Kranken

25. Verarmungswahn
26. Wahnwahrnehmungen
27. Wahneinfälle
28. Eifersuchtswahn
29. Größenwahn
30. illusionäre Verkennungen
31. akustische Halluzinationen
32. optische Halluzinationen
33. haptische Halluzinationen
34. Geruchs- und Geschmacks-
halluzinationen
35. Depersonalisations-
erlebnisse
36. Entfremdungserlebnisse
37. Autismus
38. Ambivalenz
39. ratlos
40. affektiv entleert
41. depressiv
42. ängstlich
43. euphorisch
44. dysphorisch
45. mißtrauisch
46. aggressiv
47. gespannt
48. innerlich unruhig

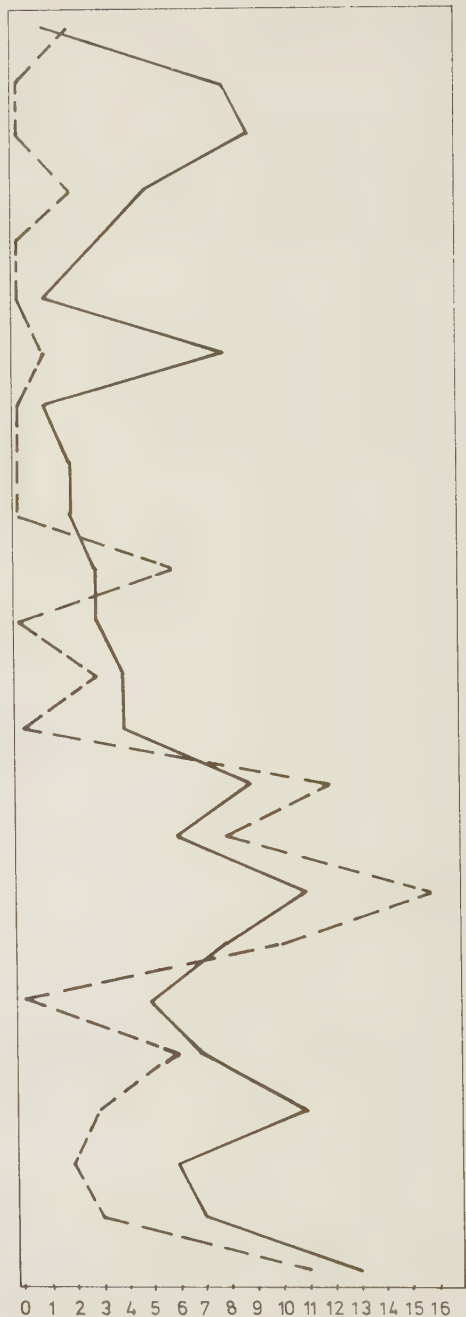


Abb. 13b: Differentialtypologie der endogenen Psychosen aus der Sicht der Angehörigen

Anzahl der Wahrnehmungen

— = Angehörige d. schizophr. Kranken

---- = Angehörige d. zykl. Kranken

49. klagsam
50. läppisch
51. Insuffizienzgefühl
52. gesteigertes Selbstwertgefühl
53. sekundäres Schuldgefühl
54. affektlabil
55. affektinkontinent
56. affektstarr
57. antriebsarm
58. akinetisch
59. mutistisch
60. antriebsgesteigert
61. motorisch unruhig
62. negativistisch
63. maniert
64. Neologismen
65. abendliche Stimmungsaufhellung
66. Krankheitseinsicht vorhanden
67. Suicidgedanken
68. Selbstbeschädigungshandlungen
69. Libido gesteigert
70. Libido vermindert
71. sexuelle Triebabweichungen

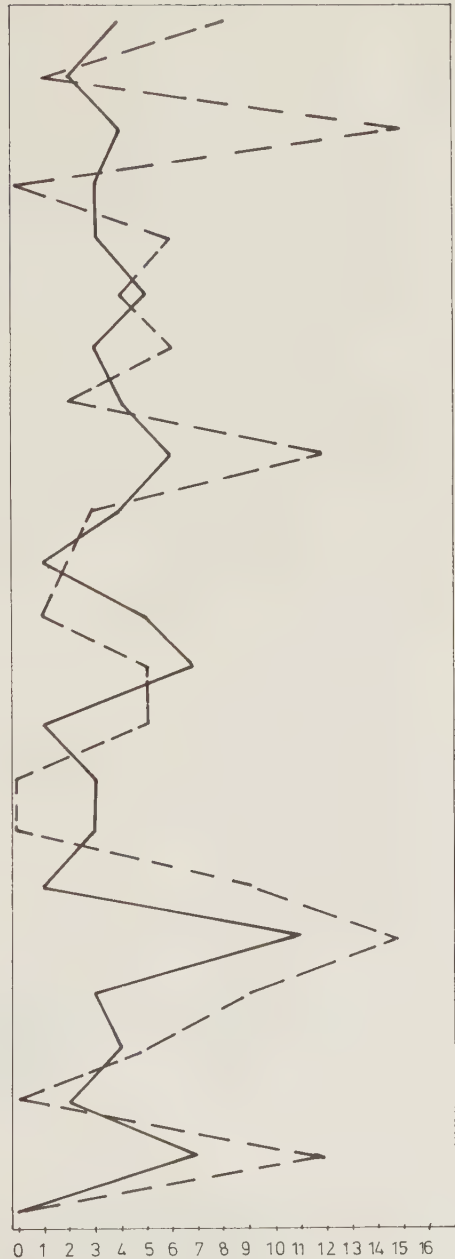


Abb. 13c: Differentialtypologie der endogenen Psychosen aus der Sicht der Angehörigen

Anzahl der Wahrnehmungen

— = Angehörige d. schiz. Kranken

--- = Angehörige d. zykl. Kranken

1. zeitlich desorientiert	6	9	n.s.
2. örtlich desorientiert	2	2	n.s.
3. situativ desorientiert	6	5	n.s.
4. über die eigene Person desorientiert	3	4	n.s.
5. Merkfähigkeitsstörungen	10	9	n.s.
6. Konfabulationen	10	6	n.s.
7. Auffassungsstörungen	7	4	n.s.
8. Konzentrationsstörungen	8	11	n.s.
9. Gedankenablauf ver- langsamt	8	9	n.s.
10. Gedankenablauf gehemmt	6	10	n.s.
11. Gedankenablauf inkohärent	7	6	n.s.
12. Gedankenabreißen	6	7	n.s.
13. Gedankenausbreitung	0	0	n.s.
14. Gedankenentzug	0	0	n.s.
15. Gedankeneingebung	0	2	n.s.
16. ideenflüchtig	3	5	n.s.
17. logorrhöisch	3	4	n.s.
18. Perseverationen	9	8	n.s.
19. überwertige Ideen	6	3	n.s.
20. Zwangsdenken	3	0	n.s.
21. Zwangshandlungen	2	1	n.s.
22. Phobien	3	3	n.s.
23. Schuldwahn	1	2	n.s.
24. hypochondrischer Wahn	2	1	n.s.

Anzahl der
Wahrnehmungen
(Krankheits-
gruppe Al-
koholismus)

Anzahl der
Wahrnehmungen
(Krankheits-
gruppe Hirnor-
gan.Syndrom)

Tabelle 8a Das Symptomenprofil bei Alkoholismus und
Hirnorganischem Syndrom aus der Sicht der
Angehörigen
n.s. = nicht signifikant

25. Verarmungswahn	1	4	n.s.
26. Wahnwahrnehmungen	8	2	n.s.
27. Wahneinfälle	5	3	n.s.
28. Eifersuchtswahn	4	1	n.s.
29. Größenwahn	2	0	n.s.
30. illusionäre Verkennungen	2	1	n.s.
31. akustische Halluzinat.	4	2	n.s.
32. optische Halluzinationen	5	1	n.s.
33. haptische Halluzinat.	3	1	n.s.
34. Geruchs- und Geschmacks- halluzinationen	1	0	n.s.
35. Depersonalisations- erlebnisse	1	5	n.s.
36. Entfremdungserlebnisse	2	1	n.s.
37. Autismus	3	3	n.s.
38. Ambivalenz	6	3	n.s.
39. ratlos	9	7	n.s.
40. affektiv entleert	3	3	n.s.
41. depressiv	7	5	n.s.
42. ängstlich	5	5	n.s.
43. euphorisch	1	2	n.s.
44. dysphorisch	5	2	n.s.
45. mißtrauisch	8	4	n.s.
46. aggressiv	4	4	n.s.
47. gespannt	7	3	n.s.
48. innerlich unruhig	12	7	n.s.

Anzahl der
Wahrnehmungen
(Krankheits-
gruppe Al-
koholismus)

Anzahl der
Wahrnehmungen
(Krankheits-
gruppe Hirn-
organ.Syndrom)

Tabelle 8b Das Symtomenprofil bei Alkoholismus und
Hirnorganischem Syndrom aus der Sicht der
Angehörigen
n.s. = nicht signifikant

49. klagsam	3	5	n.s.
50. läppisch	5	3	n.s.
51. Insuffizienzgefühl	5	4	n.s.
52. gesteigertes Selbstwertgefühl	1	2	n.s.
53. sekundäres Schuldgefühl	2	5	n.s.
54. affektlabil	6	2	n.s.
55. affektinkontinent	6	4	n.s.
56. affektstarr	5	4	n.s.
57. antriebsarm	7	6	n.s.
58. akinetisch	2	4	n.s.
59. mutistisch	1	1	n.s.
60. antriebsgesteigert	7	4	n.s.
61. motorisch unruhig	8	6	n.s.
62. negativistisch	4	1	n.s.
63. maniert	1	0	n.s.
64. Neologismen	0	1	n.s.
65. abendliche Stimmungsaufhellung	0	0	n.s.
66. Krankheitseinsicht vorhanden	10	11	n.s.
67. Suicidgedanken	5	3	n.s.
68. Selbstbeschädigungs- handlungen	1	1	n.s.
69. Libido gesteigert	2	0	n.s.
70. Libido vermindert	4	0	n.s.
71. sexuelle Trieb- abweichungen	0	0	n.s.

Anzahl der
Wahrnehmungen
(Krankheits-
gruppe Al-
koholismus)

Anzahl der
Wahrnehmungen
(Krankheits-
gruppe Hirn-
organ. Syndrome)

Tabelle 8c Das Symptomenprofil bei Alkoholismus und
Hirnorganischem Syndrom aus der Sicht der
Angehörigen
n.s. = nicht signifikant

1. zeitlich desorientiert
2. örtlich desorientiert
3. situativ desorientiert
4. über die eigene Person desorientiert
5. Merkfähigkeitsstörungen
6. Konfabulationen
7. Auffassungsstörungen
8. Konzentrationsstörungen
9. Gedankenablauf verlangsamt
10. Gedankenablauf gehemmt
11. Gedankenablauf inkohärent
12. Gedankenabreißen
13. Gedankenausbreitung
14. Gedankenentzug
15. Gedankeneingebung
16. ideenflüchtig
17. logorrhöisch
18. Perseverationen
19. überwertige Ideen
20. Zwangsgedanken
21. Zwangshandlungen
22. Phobien
23. Schuldwahn
24. hypochondrischer Wahn



Abb. 14a: Das Symptomenprofil bei Alkoholismus u. Hirnorganischem Syndrom aus der Sicht der Angehörigen

Anzahl der Wahrnehmungen

— = Angehörige d. Krankh. Gruppe Alkoholismus
 - - - = Angehörige d. Krankh. Gruppe Hirnorgan. Syndrome

25. Verarmungswahn
26. Wahnwahrnehmungen
27. Wahneinfälle
28. Eifersuchtswahn
29. Größenwahn
30. illusionäre Verkennungen
31. akustische Halluzinat.
32. optische Halluzinationen
33. haptische Halluzinat.
34. Geruchs- und Geschmacks-
halluzinationen
35. Depersonalisations-
erlebnisse
36. Entfremdungserlebnisse
37. Autismus
38. Ambivalenz
39. ratlos
40. affektiv entleert
41. depressiv
42. ängstlich
43. euphorisch
44. dysphorisch
45. mißtrauisch
46. aggressiv
47. gespannt
48. innerlich unruhig

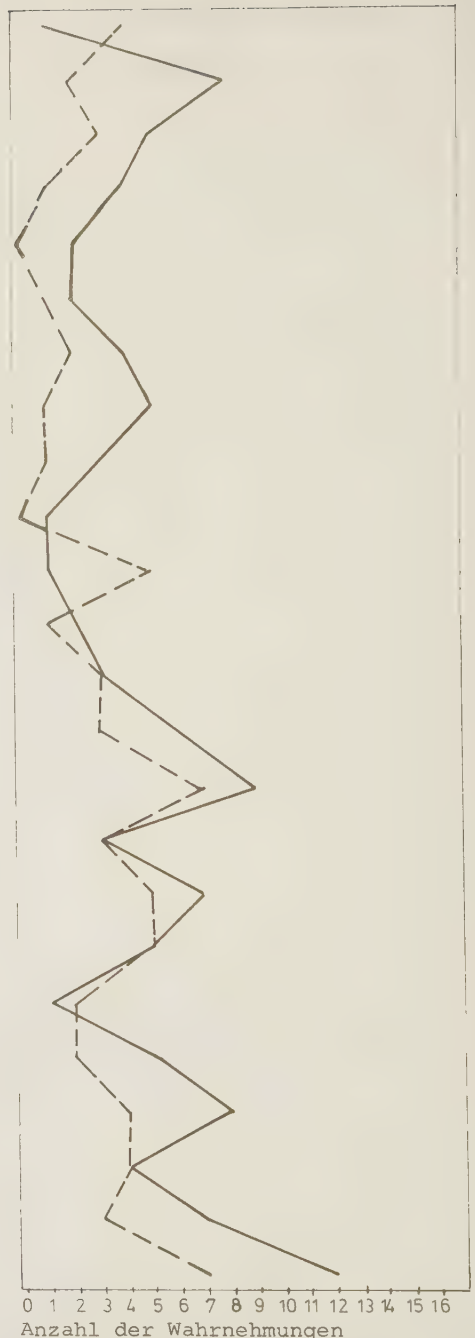


Abb. 14b: Das Symptomenprofil bei Alkoholismus und Hirnorganischem Syndrom aus der Sicht der Angehörigen

— = Angehörige d. Krankh. Gruppe Alkoholismus
 ---- = Angehörige d. Krankh. Gruppe Hirnorgan. Syndrome

49. klagsam
50. läppisch
51. Insuffizienzgefühl
52. gesteigertes Selbstwertgefühl
53. sekundäres Schuldgefühl
54. affektlabil
55. affektinkontinent
56. affektstarr
57. antriebsarm
58. akinetisch
59. mutistisch
60. antriebsgesteigert
61. motorisch unruhig
62. negativistisch
63. maniert
64. Neologismen
65. abendliche Stimmungsaufhellung
66. Krankheitseinsicht vorhanden
67. Suicidgedanken
68. Selbstbeschädigungshandlungen
69. Libido gesteigert
70. Libido vermindert
71. sexuelle Triebabweichungen

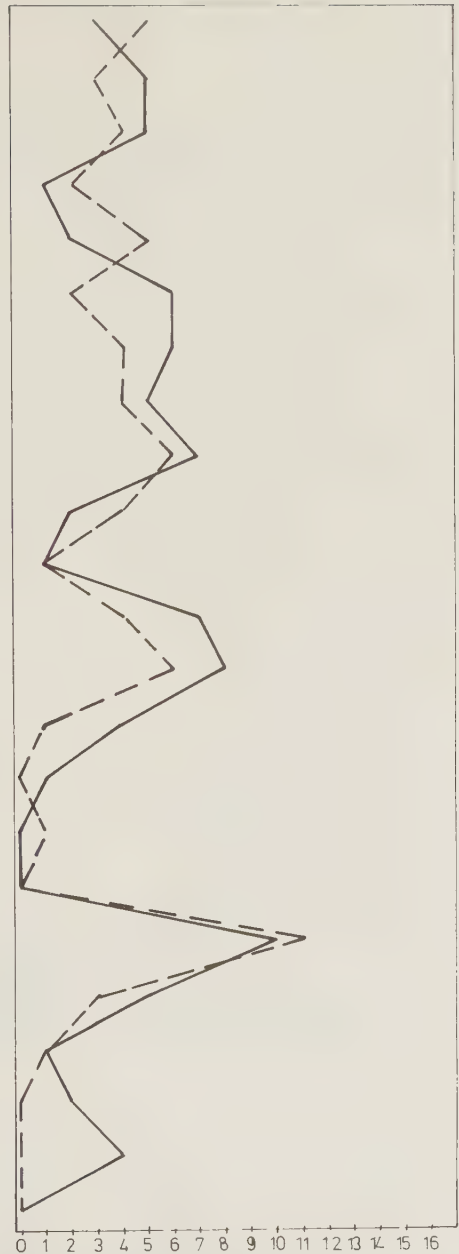


Abb. 14c: Das Symptomenprofil bei Alkoholismus und Hirnorganischem Syndrom aus der Sicht der Angehörigen

Anzahl der Wahrnehmungen

- = Angehörige d.Krankh.Gruppe Alkoholismus
- - - = Angehörige d.Krankh.Gruppe Hirnorgan. Syndrome

1. zeitlich desorientiert	1	15	$p < 0,1 \%$
2. örtlich desorientiert	0	4	n.s.
3. situativ desorientiert	5	11	n.s.
4. über die eigene Person desorientiert	1	7	$p < 5 \%$
5. Merkfähigkeitsstörungen	10	19	n.s.
6. Konfabulationen	11	16	n.s.
7. Auffassungsstörungen	9	11	n.s.
8. Konzentrationsstörungen	11	19	n.s.
9. Gedankenablauf verlang- samt	12	17	n.s.
10. Gedankenablauf gehemmt	11	16	n.s.
11. Gedankenablauf inkohärent	7	13	n.s.
12. Gedankenabreißen	7	13	n.s.
13. Gedankenausbreitung	3	0	n.s.
14. Gedankenentzug	3	0	n.s.
15. Gedankeneingebung	7	2	n.s.
16. ideenflüchtig	7	8	n.s.
17. logorrhöisch	4	7	n.s.
18. Perseverationen	13	17	n.s.
19. überwertige Ideen	11	9	n.s.
20. Zwangsdenken	9	3	n.s.
21. Zwangshandlungen	7	3	n.s.
22. Phobien	5	6	n.s.
23. Schuldwahn	3	3	n.s.
24. hypochondrischer Wahn	11	3	$p < 5 \%$
		Anzahl der Wahrnehmungen (bei endoge- nen Psychosen)	Anzahl der Wahrnehmungen (bei Alkoho- lismus u. Hirn- organ. Syndromen)

Tab. 9a Das Symptomenprofil bei endogenen Psychosen und bei
Alkoholismus und Hirnorganischen Syndromen aus der
Sicht der Angehörigen
n.s. = nicht signifikant

25. Verarmungswahn	3	5	n.s.
26. Wahnwahrnehmungen	8	10	n.s.
27. Wahneinfälle	9	8	n.s.
28. Eifersuchtswahn	7	5	n.s.
29. Größenwahn	3	2	n.s.
30. illusionäre Verkennungen	1	3	n.s.
31. akustische Halluzinat.	9	6	n.s.
32. optische Halluzinationen	1	6	n.s.
33. haptische Halluzinat.	2	4	n.s.
34. Geruchs- und Geschmacks- halluzinationen	2	1	n.s.
35. Depersonalisations- erlebnisse	9	6	n.s.
36. Entfremdungserlebnisse	3	3	n.s.
37. Autismus	7	6	n.s.
38. Ambivalenz	4	9	n.s.
39. ratlos	21	16	n.s.
40. affektiv entleert	14	6	n.s.
41. depressiv	27	12	p < 5 %
42. ängstlich	18	10	n.s.
43. euphorisch	5	3	n.s.
44. dysphorisch	13	7	n.s.
45. mißtrauisch	14	12	n.s.
46. aggressiv	8	8	n.s.
47. gespannt	10	10	n.s.
48. innerlich unruhig	24	19	n.s.

Anzahl der Wahrnehmungen (bei endoge- nen Psychosen)	Anzahl der Wahrnehmungen (bei Alkoholis- mus u. Hirnorga- nischen Syndromen)
---	--

Tabelle 9b Das Symptomenprofil bei endogenen Psychosen und bei Alkoholismus und Hirnorganischen Syndromen aus der Sicht der Angehörigen
n.s. = nicht signifikant

49. klagsam	12	8	n.s.
50. läppisch	3	8	n.s.
51. Insuffizienzgefühl	19	9	n.s.
52. gesteigertes Selbstwertgefühl	3	3	n.s.
53. sekundäres Schuldgefühl	9	7	n.s.
54. affektlabil	9	8	n.s.
55. affektinkontinent	9	10	n.s.
56. affektstarr	6	9	n.s.
57. antriebsarm	18	13	n.s.
58. akinetisch	7	6	n.s.
59. mutistisch	3	2	n.s.
60. antriebsgesteigert	6	11	n.s.
61. motorisch unruhig	12	14	n.s.
62. negativistisch	6	5	n.s.
63. maniert	3	1	n.s.
64. Neologismen	3	1	n.s.
65. abendliche Stimmungsaufhellung	10	0	p < 1 %
66. Krankheitseinsicht vorhanden	26	21	n.s.
67. Suicidgedanken	12	8	n.s.
68. Selbstbeschädigungs- handlungen	9	2	p < 5 %
69. Libido gesteigert	2	2	n.s.
70. Libido vermindert	19	4	p < 1 %
71. sexuelle Trieb- abweichungen	0	0	n.s.
Anzahl der Wahrnehmungen (bei endoge- nen Psychosen)		Anzahl der Wahrnehmungen (bei Alkoholis- mus u. Hirnorga- nischen Syndromen)	

Tab. 9c Das Symptomenprofil bei endogenen Psychosen und bei Alkoholismus und Hirnorganischen Syndromen aus der Sicht der Angehörigen
n.s. = nicht signifikant

1. zeitlich desorientiert	19	16	n.s.
2. örtlich desorientiert	14	4	p < 5 %
3. situativ desorientiert	13	16	n.s.
4. über die eigene Person desorientiert	7	8	n.s.
5. Merkfähigkeitsstörungen	26	29	n.s.
6. Konfabulationen	20	27	n.s.
7. Auffassungsstörungen	24	20	n.s.
8. Konzentrationsstörungen	44	30	n.s.
9. Gedankenablauf verlangsamt	28	29	n.s.
10. Gedankenablauf gehemmt	24	27	n.s.
11. Gedankenablauf inkohärent	26	20	n.s.
12. Gedankenabreißen	22	20	n.s.
13. Gedankenausbreitung	6	3	n.s.
14. Gedankenentzug	1	3	n.s.
15. Gedankeneingebung	6	9	n.s.
16. ideenflüchtig	14	15	n.s.
17. logorrhöisch	15	11	n.s.
18. Perseverationen	11	30	p < 1 %
19. überwertige Ideen	18	20	n.s.
20. Zwangsgedanken	15	12	n.s.
21. Zwangshandlungen	3	10	n.s.
22. Phobien	8	11	n.s.
23. Schuldwahn	10	6	n.s.
24. hypochondrischer Wahn	11	14	n.s.

Anzahl der Anzahl der
Wahrnehmungen Wahrnehmungen
durch den durch die
Untersucher Angehörigen

Tabelle 10a Das Symptomenprofil bei Zusammenfassung aller
vier Krankheitsgruppen aus der Sicht der
Angehörigen und des Untersuchers
n.s. = nicht signifikant

25. Verarmungswahn	4	8	n.s.
26. Wahnwahrnehmungen	17	18	n.s.
27. Wahneinfälle	22	17	n.s.
28. Eifersuchtswahn	8	12	n.s.
29. Größenwahn	4	5	n.s.
30. illusionäre Verkennungen	15	4	p < 5 %
31. akustische Halluzinat.	15	15	n.s.
32. optische Halluzinationen	14	7	n.s.
33. haptische Halluzinat.	7	6	n.s.
34. Geruchs- und Geschmacks- halluzinationen	4	3	n.s.
35. Depersonalisations- erlebnisse	8	15	n.s.
36. Entfremdungserlebnisse	7	6	n.s.
37. Autismus	20	13	n.s.
38. Ambivalenz	15	13	n.s.
39. ratlos	52	37	n.s.
40. affektiv entleert	25	20	n.s.
41. depressiv	35	39	n.s.
42. ängstlich	41	28	n.s.
43. euphorisch	8	8	n.s.
44. dysphorisch	12	20	n.s.
45. mißtrauisch	28	26	n.s.
46. aggressiv	18	16	n.s.
47. gespannt	20	20	n.s.
48. innerlich unruhig	50	43	n.s.

Anzahl der Wahrnehmungen durch den Untersucher	Anzahl der Wahrnehmungen durch die Angehörigen
---	---

Tabelle 10b Das Symptomenprofil bei Zusammenfassung aller vier Krankheitsgruppen aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers
n.s. = nicht signifikant

49. klagsam	24	20	n.s.
50. läppisch	7	11	n.s.
51. Insuffizienzgefühl	46	28	p < 5 %
52. gesteigertes Selbstwertgefühl	12	6	n.s.
53. sekundäres Schuldgefühl	22	16	n.s.
54. affektlabil	25	17	n.s.
55. affektinkontinent	31	19	n.s.
56. affektstarr	19	15	n.s.
57. antriebsarm	34	31	n.s.
58. akinetisch	10	13	n.s.
59. mutistisch	6	5	n.s.
60. antriebsgesteigert	8	17	n.s.
61. motorisch unruhig	26	26	n.s.
62. negativistisch	3	11	p < 5 %
63. maniert	6	4	n.s.
64. Neologismen	2	4	n.s.
65. abendliche Stimmungsaufhellung	16	10	n.s.
66. Krankheitseinsicht vorhanden	45	47	n.s.
67. Suicidgedanken	15	20	n.s.
68. Selbstbeschädigungs- handlungen	14	11	n.s.
69. Libido gesteigert	3	4	n.s.
70. Libido vermindert	19	23	n.s.
71. sexuelle Trieb- abweichungen	1	0	n.s.
	Anzahl der Wahrnehmungen durch den Untersucher	Anzahl der Wahrnehmungen durch die Angehörigen	

Tabelle 10c Das Symptomenprofil bei Zusammenfassung aller vier Krankheitsgruppen aus der Sicht der Angehörigen und des Untersuchers
n.s. = nicht signifikant

III DISKUSSION

1. SCHIZOPHRENIE UND ZYKLOTHYMIE

In einer vergleichenden sozialpsychiatrischen Untersuchung an älteren und jüngeren Zykllothymen warf BAER (1973) die Frage auf, ob es zentrale Faktoren in der Beurteilung der Kranken durch die Angehörigen gebe, die psychopathologischen Leitsymptomen entsprechen könnten. BAER verwandte bei seinen Untersuchungen das von OSGOOD et al. (1957) entwickelte Polaritätsprofil, mit dessen Hilfe sowohl die Angehörigen als auch die Kranken sich gegenseitig beurteilen sollten. Dabei wurde jeweils bei einzelnen, vorgegebenen Eigenschaften das Wunsch- oder Idealbild, welches der Proband von der Rolle des Partners (Ehegatte, Vater usw., je nach der Stellung der interviewten Personen zueinander) hatte, mit der tatsächlichen Einschätzung, also mit dem "subjektiven Realbild" verglichen. Mit vergleichbarer Methodik befragte HÄBERL (1975) eine Gruppe von schizophrenen Kranken und deren Angehörige. Diese Untersuchungen und ihre Ergebnisse regen dazu an, sie mit den eigenen zu vergleichen und zunächst der Frage nachzugehen, inwieweit die Einschätzungen der Angehörigen über die Kranken, so wie sie sich in den Untersuchungen von BAER (1973) und HÄBERL (1975) herauskristallisiert haben, auf psychopathologische Symptome zurückgeführt werden können, die von Angehörigen unserer Untersuchung bei den Kranken besonders häufig beobachtet wurden.

Nach HÄBERL (1975) bezeichneten die Angehörigen der schizophrenen Kranken diese eindeutig als traurig und schwach; in Abweichung vom Idealbild wurden sie auch vermehrt als unberechenbar, unzuverlässig und launisch beurteilt. Abweichungen zum negativen Pol hin fanden sich ferner bei den Items unselbständig, lahm, feige

und gemütlos. Vergleicht man diese Beurteilungen mit den von den Angehörigen in unserer Untersuchung am häufigsten genannten Symptomen (siehe dazu Abb. 1), so lassen sich hier in der Tat einige Symptome sehr gut den oben aufgeführten Eigenschaften zuordnen: dem Item "traurig" steht beispielsweise das Symptom "depressiv" gegenüber, dem Item "schwach" die Symptome "ratlos", "ängstlich" und "verminderte Libido". Das Moment der Verunsicherung, verkörpert durch die Items "unberechenbar", "unzuverlässig" und "launisch", ist von besonderem Interesse, da ihm nach JAECKEL und WIESER (1967) eine zentrale Bedeutung bei der Ausgliederung des psychisch Kranken aus Familie und Gesellschaft zukommt. Die für das Verhältnis zur Umwelt entscheidenden Qualitäten des "Geisteskranken" sehen JAECKEL und WIESER (1967) in den Eigenschaften "Unverständlichkeit, Unzuverlässigkeit und Unbeeinflußbarkeit". Fragt man nun nach dem psychopathologischen Äquivalent dieser Eigenschaften, so fallen hier besonders die von den Angehörigen der schizophrenen Kranken häufig wahrgenommenen Symptome "überwertige Ideen", "Wahneinfälle" und "Wahnwahrnehmungen" auf. Nach K. SCHNEIDER (1966) spricht man von "Wahnwahrnehmungen", wenn "wirklichen Wahrnehmungen ohne verstandesmäßig oder gefühlsmäßig verständlichen Anlaß eine abnorme Bedeutung ... beigelegt wird". Das "Unverständliche" kann also geradezu als das Charakteristikum des Wahns bezeichnet werden, GRUHLE (1932) sprach in diesem Zusammenhang auch vom Wahn als einer "Beziehungssetzung ohne (verständlichen) Anlaß". Das Moment der Unbeeinflußbarkeit wird besonders bei dem Symptom "überwertige Ideen" deutlich (Übersetzung für den Angehörigen: "Der Kranke ist von einer bestimmten unsinnigen Idee oder Vorstellung unbelehrbar besessen"). Die Eigenschaft "Unzuverlässigkeit" ist dann die logische Konsequenz aus den beiden vorher genannten Eigenschaften; eine Person, die man weder verstehen noch beeinflussen kann, wird man schwerlich als "zuverlässig"

(im Sinne einer stabilen zwischenmenschlichen Beziehung) empfinden, viel eher wird man ihr die Eigenschaft "unberechenbar" zuschreiben (vergleiche HÄBERL 1975). Auch die von den Angehörigen der Kranken festgestellte Eigenschaft "feige" kann man durch die Symptome "ängstlich" und "innerlich unruhig" gut erklären (siehe Abb.1).

Eine gute Übereinstimmung ergab sich auch bei einem Vergleich unserer Ergebnisse mit den Untersuchungen von BAER (1973) an einer Gruppe von Zykllothymen und deren Angehörigen. Die Angehörigen der zykllothymen Kranken beurteilten diese während der akuten Psychose als unselbständig, traurig, lahm, verschlossen, launisch, mißtrauisch, unberechenbar und schwach. Dem Item "traurig" entsprach das bei unserer Untersuchung von allen Angehörigen festgestellte Symptom "depressiv", den Items "lahm" und "schwach" die häufig genannten Symptome "Insuffizienzgefühl", "Libido vermindert", "antriebsarm", "ängstlich", "verlangsamter Gedankenablauf" und "klag-sam" (siehe dazu Abb. 4). Bei den Items "launisch" und "unberechenbar" ist zu fragen, inwieweit diese auf die häufig wahrgenommenen Symptome "ratlos", "innerlich unruhig" und "abendliche Stimmungsaufhellung" zurückzuführen sind. Die bessere Stimmung des Kranken gegen Abend zu wird einem Laien, dem die Tagesschwankungen in ihrer Bedeutung als elementares Symptom der Zykllothymie nicht vertraut sind, wohl eher als "launisches" Verhalten erscheinen.

Überblickt man die bisher angestellten Vergleiche, so läßt sich die Frage, in welchem Maße die negativen Beurteilungen der Kranken durch die Angehörigen psychopathologischen Symptomen entsprechen, dahingehend beantworten, daß in weiten Bereichen ein direkter Zusammenhang angenommen werden darf. Dies umso mehr, als ein Vergleich zwischen den Wahrnehmungen der Angehörigen und den Wahrnehmungen des Untersuchers bei den Krankheitsgruppen Schizophrenie und Zykllothymie ein ganz erstaun-

liches Maß an Übereinstimmung erbrachte. Dieses Ergebnis läßt den Schluß zu, daß die Angehörigen in ihrer Gesamtheit offensichtlich sehr gut in der Lage sind, bei den Kranken auftretende Symptome zu erfassen. Auch die hohe Korrelation zwischen den Wahrnehmungen von Untersucher und Angehörigen bei den Krankheitsgruppen weist in diese Richtung.

Doch zeigten sich zwischen den Krankheitsgruppen Schizophrenie und Zykllothymie auch Unterschiede. Während bei der Zykllothymie weder bei den einzelnen Symptomen noch bei den Symptomgruppen statistisch auffällige Unterschiede zwischen den Wahrnehmungen von Untersucher und Angehörigen auftraten, zeigte es sich bei den schizophrenen Kranken, daß bei der Symptomgruppe "Störungen der sinnlichen Wahrnehmung" von den Angehörigen deutlich weniger Beobachtungen angegeben wurden ($p < 5\%$). Auch bei den "affektiven Störungen" zeigten sich ähnliche, wenn auch nicht statistisch nachweisbare Unterschiede; "affektive Störungen" wurden vom Untersucher 95 mal, von den Angehörigen jedoch nur 75 mal beobachtet.

Bevor wir eine Deutung dieses Phänomens versuchen, erscheint es sinnvoll, auf die Unterschiede der beiden endogenen Psychosen einzugehen, vor allem darauf, wie sich diese Unterschiede aus der Sicht der Angehörigen darstellen. Von besonderem Interesse sind dabei auch die unterschiedlichen Auswirkungen beider Psychosen auf das Verhältnis des Kranken zu seinen Angehörigen.

Betrachten wir zunächst einmal die Übereinstimmungen, so wie sie sich in unseren Ergebnissen aus der Sicht der Angehörigen darstellen (siehe dazu Abb. 1 und Abb. 4), so fällt auf, daß die Symptome "innerlich unruhig", "depressiv", "ratlos", "ängstlich" und "verminderte Libido" bei beiden Krankheitsgruppen zu den von den Angehörigen am häufigsten genannten Symptomen

gehören. Dieses Ergebnis wird bei einem Vergleich der Untersuchungen von BAER (1973) und HÄBERL (1975) eindrucksvoll bestätigt: "Zyklothyme wie Schizophrene in gleicher Weise wurden von den Angehörigen als unselbstständig, traurig, lahm, launisch und schwach beurteilt" (HÄBERL 1975). Dieser Umstand hat zur Folge, daß auch bestimmte Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen bei beiden Krankheiten in gleicher Weise auftreten. Dies betrifft vor allem die depressive Verstimmung; SCHULTE (1963) wies darauf hin, "daß sich das melancholische Geschehen ungemein lähmend auf die Umwelt auswirkt".

Es zeigten sich bei unseren Untersuchungen aber auch ganz deutliche Unterschiede; bei der Frage, wie sich Schizophrenie und Zyklothymie aus der Sicht der Angehörigen unterscheiden, ergaben sich bei einem Vergleich der einzelnen Symptome bei elf Symptomen statistisch auffällige ($p < 5\%$) oder signifikante ($p < 1\%$) Unterschiede (siehe dazu Tabelle 7a-c und Abb. 13a-c). Daß sich dabei die statistisch bedeutsamen Unterschiede vor allem bei jenen Symptomen zeigten, die auch bei der Differentialdiagnose des psychiatrischen Fachmanns ein besonderes Gewicht haben, beweist erneut, mit welcher Präzision die Angehörigen die typischen Symptome der Kranken erfassen können.

Von den Angehörigen der schizophrenen Kranken wurden die Symptome "situativ desorientiert", "Konfabulationen", "Gedankeneingebung", "überwertige Ideen", "Wahnwahrnehmungen", "Wahneinfälle", "akustische Halluzinationen", "euphorisch" und "mißtrauisch" wesentlich häufiger wahrgenommen; dagegen nannten die Angehörigen der zyklotyphen Kranken deutlich öfter die Symptome "Insuffizienzgefühl" und "abendliche Stimmungsaufhellung". Es stellt sich die Frage, welche Konsequenzen sich aus der Erfassung dieser Symptome durch die Angehörigen ergeben, vor allem, welche Konsequenzen sich daraus für

das Verhältnis des Kranken zu seiner nächsten Umwelt ergeben. Spätestens an dieser Stelle muß die Frage aufgeworfen werden, was eigentlich die Aussage "das Symptom wurde vom Angehörigen erfaßt bzw. wahrgenommen" wirklich beinhaltet. Genau genommen besagt diese Aussage nur, daß der Angehörige, nachdem ihm das Symptom in seiner phänomenologischen Ausgestaltung vorher genau beschrieben wurde, in der Lage war anzugeben, ob ihm diese seelische Besonderheit beim Kranken in der letzten Zeit aufgefallen war. Keinesfalls kann daraus der Schluß gezogen werden, daß damit der Angehörige die ganze Bedeutung dieses Symptoms, vor allem seine psychopathologische Bedeutung, erfaßt hat. Dazu bemerken JAECKEL und WIESER (1967): "Objektive Anamneseerhebungen zeigen, daß die Umwelt des Geisteskranken, insbesondere die Angehörigen, die Symptome im Prodrom der Erkrankung kaum als solche erkennt, sondern sie übergeht oder anders deutet, nämlich als Ausdruck persönlicher Willkür". Und hieraus, aus dieser Verkennung als Ausdruck persönlicher Willkür, ergeben sich nun allerdings beträchtliche Konsequenzen für die zwischenmenschlichen Beziehungen des Kranken. Solange die Angehörigen die Diagnose noch nicht wissen und damit die Verhaltensweise des Kranken noch nicht als Ausdruck seiner Krankheit begriffen haben, versuchen sie mit Sanktionen aller Art, den Kranken in seiner Verhaltensweise zu beeinflussen (WIESER 1969). Erfahren sie die Diagnose, wird zwar das Verhältnis zum Kranken in gewisser Weise entlastet, man wendet jetzt keine Sanktionen mehr an, weil man weiß, daß diese zwecklos sind, dafür aber richtet das Bewußtsein, einen "Geisteskranken" in der Familie zu haben, wegen der schwerwiegenden Implikationen des Begriffs "Geisteskrankheit" (JAECKEL und WIESER 1967) einen nicht minder großen Schaden an. In diesem Punkt gibt es aber bereits wesentliche Unterschiede zwischen Schizophrenie und Zykllothymie. SCHULTE (1963) bemerkte zur Schizophrenie: "Nach wie vor ist keine peinlichere Störung

denkbar, keine Krankheit, die den Ruf einer Familie stärker untergräbt...". Mit dem Begriff "Gemütskrankheit", der etwa der Zykllothymie entspricht, verbindet die öffentliche Meinung hingegen weit weniger belastende Vorstellungen, auch "erscheint dem Publikum die Sachlage beim Gemütskranken durchsichtiger" (JAECKEL und WIESER 1970).

Doch nicht nur hinsichtlich der öffentlichen Meinung zeigen sich zwischen Schizophrenie und Zykllothymie gravierende Unterschiede. Aus der Tatsache, daß die Angehörigen der Schizophrenen im Gegensatz zu den Angehörigen der Zykllothymen Symptome wie "Wahnwahrnehmungen", "Wahneinfälle", "überwertige Ideen" und "akustische Halluzinationen" signifikant häufiger (5%- und 1 %-Niveau) erfaßten, läßt sich eine weit stärkere Verunsicherung der Angehörigen ableiten. Die Unverständlichkeit, die dem Wahn zu eigen ist, die Unbeeinflussbarkeit des Kranken, wie sie in dem Symptom "überwertige Ideen" zum Ausdruck kommt, und gar noch die "akustischen Halluzinationen", die Stimmen, von denen der Kranke berichtet, müssen auf das zwischenmenschliche Verhältnis des Angehörigen zum schizophrenen Kranken noch weit zerstörerischer wirken. Es wurde bereits erwähnt, daß JAECKEL und WIESER (1967) in den Qualitäten "Unverständlichkeit", "Unzuverlässigkeit" und "Unbeeinflussbarkeit" die zentralen Störfaktoren des psychisch Kranken in seinem Verhältnis zur Umwelt erkannten. SCHULTE (1958) stellte dazu fest: "Bei der Schizophrenie erhellt sich im besonderen, wie sehr alle Resonanz an den Grenzen des Verstehens, des psychologischen Einfühlen- und Nacherlebenkönnens scheitern kann und muß. Daß beim Schizophrenen die Beziehungssetzung ohne Anlaß erfolgt, löst ihn aus der Umwelt heraus". Und WINKLER (1967) meinte, daß ein Wahn, sobald er eine

zwischenmenschliche Beziehung irgendwelcher Art betreffe, auch eine simultane Abwandlung des ihm entsprechenden sozialen Feldes bewirke. "Die Ausgliederung des Schizophrenen aus den verschiedenen sozialen Feldern ist aller Wahrscheinlichkeit nach zutiefst durch die Angst begründet, die die psychotische Eruption des Irrationalen, Unheimlichen, Unberechenbaren, Unverständlichen in der Mitwelt auszulösen pflegt" (WINKLER 1967).

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich, daß beim schizophrenen Kranken in ungleich stärkerem Maße als beim zykllothymen Kranken eine Distanzierung der Angehörigen vom Kranken erfolgt; die Ablehnung, die der schizophrene Kranke von seiten der Angehörigen, aber auch in der Öffentlichkeit erfährt, ist eine viel massivere. Hingegen konnte etwa IRLE (1967) bei den Zykllothymen auf deren "relative Beliebtheit" hinweisen. Auch BAER (1973) registrierte das Fehlen der "unsichtbaren Schranke" gegenüber Zykllothymen.

Zu dieser stärkeren Ablehnung, die der schizophrene Kranke von seiten der Umwelt erfährt, kommt anscheinend noch eine zweite, nicht weniger verhängnisvolle Komponente hinzu. Bei Betrachtung unserer Ergebnisse fällt auf, daß auch die Symptome "mißtrauisch" und "Konfabulationen" von den Angehörigen der schizophrenen Kranken wesentlich häufiger ($p < 5\%$) wahrgenommen wurden als von den Angehörigen der zykllothymen Kranken. Offensichtlich wird in dem selben Maße, in dem der schizophrene Kranke der Umwelt unheimlich wird, auch die Umwelt dem schizophrenen Kranken unheimlich; er mißtraut ihr ("mißtrauisch") und neigt dazu, seine Gedanken zu verheimlichen oder die Unwahrheit zu sagen ("Konfabulationen"). Es soll im Rahmen dieser Arbeit nicht darauf eingegangen werden, wo hier Ursache und Wirkung zu suchen sind. Tatsache scheint zu sein, daß

der schizophrene Kranke, verglichen mit dem zykllothymen Kranken, die Umwelt und auch seine Angehörigen eher ablehnt und ihnen feindselig gegenüber steht. Der "Zeiger der Schuld" (SCHEID 1934) richtet sich beim Schizophrenen im Gegensatz zum Zykllothymen nach außen, auf die Umwelt. In diesem Zusammenhang ist auch die Feststellung von HÄBERL (1975) von Bedeutung, daß der schizophrene Kranke seine Angehörigen ausgesprochen kritisch beurteilt; insbesondere bezeichnete er sie vermehrt als "rechthaberisch", "launisch", "unzuverlässig" und "traurig". Ganz im Gegensatz steht dazu die von BAER (1973) gefundene Idealisierung der Angehörigen durch die zykllothymen Kranken.

Sehr treffend bemerkte WINKLER (1967): "Seinem Wesen nach ist der schizophrene Prozeß ... ein Retraktionsprozeß seitens des Patienten und zugleich ein sozialer Ausgliederungsprozeß seitens der Gemeinschaft. Beides läuft Hand in Hand, und das eine bedingt das andere."

Kommen wir nun wieder zu unserer Ausgangsfrage zurück, warum bei der Gruppe der schizophrenen Kranken die "Störungen der sinnlichen Wahrnehmung" und in abgeschwächtem Maße auch die "affektiven Störungen" häufiger vom Untersucher als von den Angehörigen festgestellt wurden. Möglicherweise bewirkt die innere Distanz des schizophrenen Kranken gegenüber seinen Angehörigen, daß er seine produktiven Symptome wie Stimmenhören oder sonstige Halluzinationen lieber verheimlicht. In diesem Falle wäre der psychiatrische Fachmann, der gezielt nach diesen Symptomen fragt, eher als der Angehörige in der Lage, diese Symptome wahrzunehmen. WIESER (1973) meint dazu, daß die Erlebnisseite der psychischen Störungen andere Menschen auch im Grunde genommen am wenigsten interessiere: "Die Ängste des Kranken, seine Verzweiflung, wahnhaften Vorstellungen oder die Alpträume seiner krankhaften Phantasie sind

- 7 -

so lange unerheblich, als sie sich nicht im sozialen Verhalten äußern. Erst dann, wenn sie sich auf die zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken, werden sie bedeutsam und registriert."

2. ALKOHOLISMUS UND HIRNORGANISCHE SYNDROME

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß sich bei der Krankheitsgruppe Alkoholismus die Nennungen der Angehörigen relativ gleichmäßig über ein breites Symptomenspektrum verteilen (siehe dazu Abb.7). Es fehlen herausragende Leitsymptome. Man kann dieses Phänomen im Zusammenhang mit der Feststellung von WIESER (1962) sehen, daß es den Alkoholiker als Typ nicht gibt. REIMER (1969) bemerkte dazu in einem Beitrag zur Typologie des Alkoholikers: "Folgende seelische Strukturen und Eigenheiten: Passivität, emotionale Gehemmtheit oder Gespanntheit, Angst und depressive Verstimmung wurden in Testreihen [MANSON 1949, KALDEGG 1956, SYME 1957] überzufallsmäßig häufig gefunden, ohne daraus jedoch eine Typologie ableiten zu können [WYSS 1960] ". Vergleicht man diese Eigenschaften mit den Symptomen, die in unserer Untersuchung von den Angehörigen am häufigsten genannt wurden (siehe Abb. 7), so lassen sich in der Tat einige Übereinstimmungen feststellen: der "Passivität" und "emotionalen Gehemmtheit" etwa entsprechen die häufig genannten Symptome "antriebsarm" und "ratlos", der "emotionalen Gespanntheit" die Symptome "motorisch unruhig", "antriebsgesteigert" und "gespannt"; der Angst die Symptome "innerlich unruhig" und "mißtrauisch". Die "depressive Verstimmung" erfaßten die Angehörigen durch die häufige Nennung des Symptoms "depressiv".

Bei dem Vergleich der Wahrnehmungen von Angehörigen und Untersucher zeigte sich in unserer Untersuchung bei keinem Symptom ein statistisch auffälliger Unterschied,

auch konnte eine hohe Korrelation zwischen den Wahrnehmungen der Angehörigen und des Untersuchers gesichert werden. Man kann davon ausgehen, daß auch hier die Angehörigen in ihrer Gesamtheit die auftretenden Symptome gut erfaßten; offensichtlich sogar noch besser als der Untersucher, denn: bei den Symptomgruppen zeigte es sich, daß die "Störungen des Denkinhalts" und die "Zwangserscheinungen" von den Angehörigen wesentlich öfter genannt wurden ($p < 5\%$) als vom Untersucher (siehe dazu Tabelle 5 und Abb. 9). Auch bei "Störungen des Denkablaufs" ergaben sich 47 Nennungen durch die Angehörigen, jedoch nur 36 Nennungen durch den Untersucher. Man kann bei dem Krankheitsbild Alkoholismus geradezu von einer niedrigeren Penetranz auf den klinischen Untersucher sprechen. Als Ursache für dieses Phänomen ist wahrscheinlich die Neigung des Alkoholikers zur Dissimulation anzusprechen. Zwar muß auch die Möglichkeit erwogen werden, daß die Angehörigen hier Symptome angegeben haben, die in Wirklichkeit gar nicht vorhanden waren. Ein möglicher Grund dafür wäre, daß der Alkoholiker für die Angehörigen eine ganz besondere Belastung darstellt. BLEULER (1972) drückte dies recht drastisch aus, als er meinte, der Alkoholiker "vergifte" sein Familienleben. Auch die nicht seltenen Gewalttätigkeiten könnten die Angehörigen veranlassen, mit einigen erfundenen Angaben dem Arzt gegenüber sich für eine Weile des Kranken durch dessen Unterbringung in der Klinik zu entledigen. Doch erscheint uns die erstgenannte mögliche Ursache, die Neigung und vor allem auch die Befähigung des Alkoholikers zur Dissimulation, als die wahrscheinlichere. BLEULER (1972) bemerkte dazu: "Daß den Alkoholikern bei passenden Gelegenheiten die schönsten Gefühle in voller Echtheit zu Gebote stehen, gibt ihnen das Gefährliche und Sirenenhafte; sie heucheln in dieser Beziehung nicht." Bei unseren eigenen Untersuchungen fiel uns die ganz außergewöhnliche "Einsicht" und "Vernünftigkeit" der Patienten auf. BLEULER (1972) trifft hier wohl den Kern

- 12 -

der Sache, wenn er feststellt, "man wagt nicht, einen als Alkoholiker zu bezeichnen, den man eben noch so nett und gefühlvoll gesehen hat." Die Angehörigen, die ausgiebig Gelegenheit haben, auch die Schattenseiten im Verhalten des Patienten kennenzulernen, sind möglicherweise dadurch eher in der Lage, sich ein objektives und vor allem vollständiges Bild von den psychischen Veränderungen des Patienten zu machen.

Bei der Gruppe der Kranken mit "Hirnorganischen Syndromen" erfaßten die Angehörigen am häufigsten die Symptome "Konzentrationsstörungen", "gehemmter Gedankenablauf", "zeitlich desorientiert", "verlangsamer Gedankenablauf", "Merkfähigkeitsstörungen", "Perseverationen", "innerlich unruhig", "Gedankenabreißen" und "ratlos". Die Störungen des Denkablaufs, der Orientierung und des Gedächtnisses stehen hier ganz im Vordergrund. Der dadurch von den Angehörigen gewonnene Eindruck, daß der Patient "nicht mehr klar denken könne", hat nach WIESER (1973) zur Folge, daß die organisch Hirnkranken neben den schizophrenen Kranken die negativen sozialen Eigenschaften "Unberechenbarkeit, Unverständlichkeit, geringes Ansehen, Wertlosigkeit, mangelnde geistige Potenz" in reiner Form verkörpern. Dem entspricht auch die soziale Disqualifikation dieser Patienten seitens der Umwelt. SCHULTE (1963) umriß die Situation besonders der älteren Kranken mit organischem Psychosyndrom folgendermaßen: "Sie (die Kranken) sehen sich gleichsam als Opfer ihrer Fassade, die nach ihrer Überzeugung voreilig den Eindruck der Hilflosigkeit zu einem Zeitpunkt vermittelt, an dem nach ihrem Dafürhalten die Leistungs- und Seinseinbuße noch längst nicht soweit fortgeschritten ist...". Da SAINSBURG (1972) in einer Untersuchung über die Belastung der Angehörigen durch psychisch kranke Familienmitglieder auch noch feststellte, daß Patienten mit organisch begründbaren Psychosen ihren Familien die größten Schwierigkeiten bereiteten (neben abnormen Persönlichkeiten), muß die sozial-

psychiatrische Prognose dieser Patienten, zumal der älteren, als sehr ernst beurteilt werden.

Vergleicht man bei der Krankheitsgruppe "Hirnorganische Syndrome" in analoger Weise wie bei den anderen Krankheitsgruppen bei den einzelnen Symptomen die Wahrnehmungen des Untersuchers mit denen der Angehörigen, so fällt auf, daß bei zwei Symptomen, nämlich bei "örtlich desorientiert" und "Auffassungsstörungen" statistisch auffällige Unterschiede ($p < 5\%$) auftraten. Diese beiden Symptome wurden vom Untersucher wesentlich häufiger wahrgenommen. Wir interpretieren dies bei dem Symptom "örtlich desorientiert" so, daß die Angehörigen, obwohl sie um die psychische Störung des Patienten wußten, sich einfach nicht vorstellen konnten, daß der Patient nicht wisse, wo er sich im Moment befinde. Einer der befragten Angehörigen meinte dazu: "Natürlich weiß er (der Patient) das, wir haben es ihm ja gerade erst gesagt." Bei dem Symptom "Auffassungsstörungen" mag die Tatsache der größeren Vertrautheit des Kranken mit seinen Angehörigen dazu beigetragen haben, daß die Patienten den Sinn dessen, was die Angehörigen ihnen mitteilten, noch verstanden haben, während die gezielten Fragen des Untersuchers ihr Auffassungsvermögen bereits überschritten.

Berücksichtigt man die Tatsache, daß bei allen übrigen Symptomen und auch bei den Symptomgruppen keine statistisch auffälligen Unterschiede zwischen den Wahrnehmungen von Untersucher und Angehörigen auftraten, ferner, daß sich eine hohe Korrelation zwischen den Wahrnehmungen von Untersucher und Angehörigen ergab, so kann man bei dem Krankheitsbild des "Hirnorganischen Syndroms" gleichfalls die Schlußfolgerung ziehen, daß die Mehrzahl der Angehörigen die psychischen Störungen dieser Kranken recht gut erfaßt.

In diesem Zusammenhang soll noch erwähnt werden, daß sich bei einem Vergleich der Wahrnehmungen der Angehörigen die

beiden Krankheitsbilder "Alkoholismus" und "Hirnorganische Syndrome" bei keinem einzigen Symptom statistisch auffällig unterschieden (siehe dazu Tabelle 8a-c und Abb. 14a-c). Bei einem ähnlichen Vergleich, bei dem die Krankheitsbilder Schizophrenie und Zyklothymie aus der Sicht der Angehörigen miteinander verglichen wurden, zeigten sich dagegen, wie bereits erwähnt, bei elf Symptomen statistisch auffällige oder signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 7a-c und Abb. 13a-c). Offensichtlich sind sich die Krankheitsbilder "Alkoholismus" und "Hirnorganische Syndrome" in der Erfassung durch die Angehörigen wesentlich ähnlicher als etwa Schizophrenie und Zyklothymie. Wir führen dieses Ergebnis u. a. darauf zurück, daß bei der Krankheitsgruppe "Alkoholismus" die "organisch" gefärbten psychischen Störungen bei weitem überwogen. Die Hälfte der Patienten bot bei der Aufnahme ein delirantes Zustandsbild; auch bei den übrigen waren die psychischen Veränderungen überwiegend Vergiftungsfolgen. Dies kommt auch in den von den Angehörigen der Alkoholkranken häufig beobachteten Symptomen wie "Konfabulationen", "Merkfähigkeitsstörungen", "Perseverationen", "verlangsamer Gedankenablauf", "Konzentrationsstörungen", "Auffassungsstörungen" und "inkohärenter Gedankenablauf" zum Ausdruck. Die strukturelle Ähnlichkeit der Krankheitsbilder Alkoholismus und Hirnorganische Syndrome zeigt sich offensichtlich auch bei der "sozio-psychopathometrischen" Meßmethode dieser Untersuchung. Das Ergebnis deutet auf eine Beziehung zwischen der "alkoholischen" und der "organischen" Wesensänderung" hin.

3. KLINISCHE SCHLUSSFOLGERUNGEN

Faßt man die Krankheitsbilder "Schizophrenie" und "Zyklothymie" einerseits und die Krankheitsbilder "Alkoholismus" und "Hirnorganische Syndrome" andererseits zu Gruppen zusammen, so kann man durch Vergleich der endogenen Psychosen mit den psychischen Störungen bei Alkoholismus und Hirnorganischem Syndrom auch hier Unterschiede, so wie sie sich aus der Sicht der Angehörigen darstellen, aufzeigen (siehe dazu Tabelle 9a-c).

Statistisch auffällige ($p < 5\%$) bzw. signifikante ($p < 1\%$) Unterschiede zeigten sich bei den Symptomen "zeitlich desorientiert", "über die eigene Person desorientiert", "hypochondrischer Wahn", "depressiv", "abendliche Stimmungsaufhellung", "Selbstbeschädigungshandlungen" und "verminderte Libido". Die Angehörigen der Patienten mit endogenen Psychosen erfaßten dabei deutlich häufiger die Symptome "hypochondrischer Wahn", "depressiv", "abendliche Stimmungsaufhellung", "Selbstbeschädigungshandlungen" und "verminderte Libido"; den Angehörigen der Patienten mit Alkoholismus und Hirnorganischen Syndromen hingegen fielen wesentlich öfter die Symptome "zeitlich desorientiert" und "über die eigene Person desorientiert" auf. Hier kristallisiert sich ein interessanter Unterschied heraus: während bei den Patienten mit endogenen Psychosen den Angehörigen hauptsächlich die affektiven Störungen auffielen, die depressive Verstimmung, die Hoffnungslosigkeit und Schwäche der Patienten, scheint das Hauptmerkmal der Patienten mit Alkoholismus und Hirnorganischen Syndromen deren offensichtliche geistige Verwirrtheit zu sein, wie sie in der Desorientiertheit dieser Patienten zum Ausdruck kommt. Auch an diesem Beispiel zeigt sich, daß die Angehörigen sehr gut in der Lage sind, typische Unterschiede dieser beiden großen Gruppen von psychischen Störungen zu erfassen.

Ein abschließender Vergleich der Wahrnehmungen von Angehörigen und Untersucher bei Zusammenfassung aller vier Krankheitsgruppen zeigt, daß nur bei fünf von 71 Symptomen statistisch auffällige oder signifikante Unterschiede auftraten (siehe dazu Tabelle 10a-c). Drei Symptome, die Symptome "örtlich desorientiert", "illusionäre Verkennungen" und "Insuffizienzgefühl", wurden vom Untersucher wesentlich häufiger beobachtet; zwei Symptome, "Perseverationen" und "negativistisch" wurden deutlich öfter von den Angehörigen bemerkt. Daß der Untersucher die Symptome "örtlich desorientiert" und "illusionäre Verkennungen" häufiger bemerkte, ist wahrscheinlich auf die gezielte Exploration dieser Symptome zurückzuführen. Es überrascht auch nicht, daß die Patienten ihren Schwächezustand eher dem Untersucher als den Angehörigen zeigten; man möchte ungern vor seinen Angehörigen als "wehleidig" erscheinen. Daß die Angehörigen umgekehrt die Patienten wesentlich häufiger als "negativistisch" bezeichneten, ist möglicherweise Ausdruck der beginnenden Distanzierung und Entfremdung des Patienten von seinen Angehörigen, hervorgerufen durch das Gefühl des Patienten, daß die Angehörigen ihn ja doch nicht verstehen. Das Symptom "Perseverationen" ist in zweierlei Hinsicht besonders interessant: einmal, weil hier die größte Abweichung zwischen den Wahrnehmungen von Untersucher und Angehörigen auftrat (11mal vom Untersucher, 30mal von den Angehörigen wahrgenommen, $p < 1\%$). Zum anderen ist es auffällig, daß dieses Symptom bei drei Krankheitsgruppen (Schizophrenie, Alkoholismus, Hirnorganische Syndrome) zu den von den Angehörigen am häufigsten genannten Symptomen gehörte; auch bei der Zykllothymie wurde es von einem knappen Drittel (5 von 16) der Angehörigen bemerkt. Die Ursache dafür, daß dieses Symptom dem Untersucher weitgehend entging, liegt vermutlich darin, daß die Exploration des Patienten vorwiegend ein Querschnittsbild von dessen psychischem Zustand vermittelt. Den Angehörigen, die monatelang mit dem Patienten zusammen leben, fällt

die ständige Wiederholung bestimmter Themen oder Gedankeninhalte verständlicherweise viel eher auf. Eine andere Frage ist, warum dieses Symptom so außergewöhnlich häufig beobachtet wurde. Zur Deutung dieses Phänomens findet sich bei PLOOG (1958) ein interessanter Hinweis: "Man kann eine Rangordnung der psychotischen Verhaltensweisen nach ihrem Grad von Freiheit und Zwangsläufigkeit aufstellen. Danach käme den Handlungen des Gesunden eine vergleichsweise unbegrenzte Handlungsfreiheit zu, die nur in besonderen, zum Beispiel besonders affektbelasteten Situationen eingeschränkt wäre. Dem Psychotiker hingegen mangelt es umso mehr an Freiheit, als er spezifisch gestimmt (verstimmt) ist. Eine solche Abstufung von Handlungs- und Bewegungsweisen wird besonders augenscheinlich am Beispiel der motorischen katatonen Stereotypen". Der Gedanke liegt nahe, die "Perseverationen" in diesem Sinne als "Stereotypen des Denkens" zu interpretieren. Wie man an diesem Beispiel sieht, kann auch eine sozialpsychiatrisch ausgerichtete Untersuchung gelegentlich interessante Hinweise zur allgemeinen Psychopathologie und Verhaltensforschung liefern.

Überblickt man die Gesamtheit der Ergebnisse dieser Arbeit, so ist das herausragende Ergebnis die weitgehende Erfassung der psychischen Störungen durch die Angehörigen. Daß diese Erfassung einzelner Symptome nur deren äußerliche Ausgestaltung, nicht aber die psychopathologische Bedeutung und den psychiatrischen Stellenwert dieser Symptome betrifft, wurde bereits erwähnt. Trotzdem ist insgesamt die Genauigkeit, mit der die Symptome der Kranken von den Angehörigen erfaßt wurden, ganz erstaunlich. Dies erweist sich einmal bei einem Vergleich mit den Wahrnehmungen des Untersuchers. Bei den vier Krankheitsgruppen fanden sich bei den 4 mal 71 Symptomen, also bei 284 Symptomen, bei nur drei Symptomen statistisch auffällige Unterschiede zwischen der Anzahl der Wahrnehmungen

des Untersuchers und der Anzahl der Wahrnehmungen der Angehörigen. Bei den Symptomgruppen fanden sich bei den jeweils acht Symptomgruppen der vier Krankheitsgruppen, also bei insgesamt 32, nur bei 3 Symptomgruppen statistisch auffällige Unterschiede. Bei allen vier Krankheitsgruppen konnte eine hohe Korrelation zwischen den Wahrnehmungen des Untersuchers und den Wahrnehmungen der Angehörigen gesichert werden.

Auch wenn man vom Vergleich mit den Befunden des psychiatrisch Fachkundigen und von den dabei aufgetretenen Übereinstimmungen absieht, so erweist sich unabhängig davon, bei alleiniger Betrachtung der Angaben der Angehörigen, daß die Angehörigen die Leitsymptome der jeweiligen Erkrankungen sehr gut erfassen konnten. Dies zeigte sich besonders deutlich bei der "Differentialtypologie der endogenen Psychosen aus der Sicht der Angehörigen" (siehe dazu Tabelle 7a-c). Daß die Angehörigen der schizophrenen Kranken bei einem Vergleich mit den Angehörigen der zykllothymen Kranken gerade jene Symptome statistisch auffällig oder signifikant häufiger erfaßten, die auch bei der Differentialdiagnose des psychiatrischen Fachmanns ein besonderes Gewicht haben (5 der 9 Symptome entsprachen schizophrenen Symptomen 1. oder 2. Ranges im Sinne K. SCHNEIDERS), beweist die Präzision, mit der die Angehörigen differentialtypologisch wichtige Kennzeichen der Schizophrenie wahrnahmen. Auch die zwei Symptome, die von den Angehörigen der zykllothymen Kranken wesentlich häufiger ($p < 5\%$) wahrgenommen wurden, waren für die Zykllothymie in hohem Maße spezifisch (siehe Tabelle 7a-c).

In diesem Zusammenhang ist es interessant, daß NUNNALLY (1961) in einer Untersuchung, in der anhand von zehn Informations-Faktoren die Auffassungen von Experten und Publikum über psychisch Kranke miteinander verglichen

wurden, zu dem Ergebnis kam, daß Publikum und Experten in ihrer Auffassung wenig voneinander divergieren. JAECKEL und WIESER (1967) bemerkten dazu, daß relative Unkenntnis und Unsicherheit des Wissens (beim Publikum) nicht mit Fehlinformiertheit gleichzusetzen seien.

Die Folgerungen, die sich aus diesem Ergebnis, daß psychische Störungen durch die Angehörigen weitgehend erfaßt werden, ziehen lassen, betreffen zunächst einmal sozialpsychiatrische Fragestellungen. Wie ein Vergleich unserer Ergebnisse mit den Untersuchungen von BAER (1973) und HÄBERL (1975) zeigte, beeinflußt die Erfassung psychopathologischer Symptome durch die Angehörigen offensichtlich ganz wesentlich deren Urteil über die Kranken. Da aber nach WIESER (1973) die Angehörigen die Symptome zwar erfassen, aber meist nicht in ihrer krankhaften Bedeutung erkennen, muß dies schwerwiegende Folgen für das Schicksal des Kranken haben: vor allem, wenn die Symptome als charakterliche Fehlhaltungen verkannt werden. Die Erfassung und Beurteilung psychischer Störungen durch die Angehörigen ist auch deshalb von Bedeutung, weil meist die Laiendiagnose zur Aufnahme des Patienten in die Klinik führt (WIESER 1973). KAUFMANN (1969) weist darauf hin, daß die Stellungnahme der Familie für oder gegen die Hospitalisierung oft entscheidender sei als die Diagnose oder die Schwere der Erkrankung.

Die weitgehende Erfassung der psychischen Störungen durch die Angehörigen auch in den Einzelheiten, wie etwa bei den Tagesschwankungen der Zyklothymen, bietet bei entsprechender Aufklärung der Angehörigen bessere Möglichkeiten bei der Früherkennung von psychischen Störungen. Für die Rehabilitation des Patienten ist es von Bedeutung, inwieweit sich aus der Wahrnehmung bestimmter Symptome für die Angehörigen unzumutbare Belastungen ergeben. Hier müssen noch weitere Untersuchungen ansetzen;

wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Untersuchungen unseres Erlanger sozialpsychiatrischen Arbeitskreises (R. BAER, P. HÄBERL, H. HEISCHMANN, W. MÜHLBERG, G. ZEILINGER), in dem auch Probleme der Rehabilitation psychisch Kranker behandelt werden.

Zum anderen lassen sich aber aus den gefundenen Ergebnissen auch Folgerungen für die klinische Psychiatrie selbst ziehen. Es ist ja keineswegs so, daß die Angaben der Angehörigen über die psychischen Störungen der Patienten, also die "Fremdanamnesen", für die Klinik ohne Belang sind. Es wäre interessant, einmal zu untersuchen, in welchem Maße sich die Diagnosen der behandelnden Ärzte auf die Angaben von Angehörigen stützen. Wie die Ergebnisse bei der Gruppe der Alkoholkranken zeigen, sind die Angehörigen zuweilen sogar besser als der Arzt in der Lage, bestimmte psychische Störungen zu erfassen. Daß die psychischen Störungen von den Angehörigen bei den einzelnen Symptomen so weitgehend erfaßt werden, führen wir aber auch auf die Art der Befragung zurück. Es ist ein Unterschied, ob man den Angehörigen pauschal fragt, welche seelischen Besonderheiten ihm in letzter Zeit bei dem Patienten aufgefallen seien, oder ob man ihm eine Liste von genau definierten, in die Laiensprache übersetzten Symptomen vorlegt und er dann zu jedem Symptom eine Stellungnahme abgeben muß. Selbstverständlich ist die mündliche Befragung der Angehörigen durch einen Fragebogen dieser Art keinesfalls zu ersetzen. Doch könnte er eine sinnvolle Ergänzung darstellen, insbesondere was die Vollständigkeit der Angaben anbelangt.

WIECK (1973) nannte für psychopathometrische Testverfahren folgende Gütekriterien:

1. Klinische Notwendigkeit
2. Klinische Brauchbarkeit:

- a) der Test sollte möglichst wenig Zeit beanspruchen
- b) er darf den Patienten nicht belasten
- c) die Instruktion muß gleich sein
- d) die Auswertung sollte möglichst schnell und übersichtlich erfolgen
- e) Es ist vorteilhaft, wenn auch das klinische Hilfspersonal den Test abnehmen kann.

Übertragen wir diese Kriterien auf unseren "sozio-psychopathometrischen" Fragebogen:

ad 1. Klinische Notwendigkeit

Die Notwendigkeit von Fremdanamnesen bei vielen Patienten mit psychischen Störungen ist wohl unbestritten.

ad 2. Klinische Brauchbarkeit

- a) Die Angehörigen benötigten zum Ausfüllen des Fragebogens im Durchschnitt etwa 20 bis 30 Minuten
- b) Der Patient ist in keiner Weise beteiligt
- c) Es handelt sich stets um denselben Fragebogen
- d) Es brauchen nur die angekreuzten Symptome aufgesucht zu werden
- e) Der Angehörige wird in der Regel den Fragebogen ohne fremde Hilfe ausfüllen können.

Daß der vorliegende Fragebogen in vielem noch verbesserungsfähig ist, soll nicht bestritten werden. Doch meinen wir, daß sich bei dieser Art der Befragung auch für die Klinik ein ganz brauchbarer Ansatzpunkt ergeben könnte, zumal die Ergebnisse dieser Untersuchung darauf hinweisen, daß die Angaben der Angehörigen für den Arzt eine recht ergiebige Informationsquelle darstellen können.

ZUSAMMENFASSUNG

=====

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Frage nachgegangen, in welchem Maße psychische Störungen durch die Angehörigen der Kranken erfaßt werden können. Anhand eines Symptomenspektrums von 71 in die Laiensprache übersetzten psychopathologischen Symptomen wurden je 16 Angehörige von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie, Zykllothymie, Alkoholismus und Hirnorganische Syndrome befragt, welche der aufgeführten Symptome sie wahrgenommen hätten. Parallel dazu wurden alle Kranken, deren Angehörige befragt worden waren, mit derselben Symptomenliste psychiatrisch untersucht; die Angaben der Angehörigen wurden für jedes Symptom mit den Angaben des psychiatrischen Untersuchers verglichen. Es ergab sich eine weitgehende Übereinstimmung, sowohl bei den einzelnen Symptomen als auch innerhalb einzelner Symptomgruppen. Statistisch auffällige Unterschiede traten lediglich auf bei der Krankheitsgruppe Schizophrenie, bei der Störungen der sinnlichen Wahrnehmung häufiger vom Untersucher festgestellt wurden, und bei der Krankheitsgruppe Alkoholismus, bei der Störungen des Denkinhalts und Zwangsercheinungen häufiger von den Angehörigen beobachtet wurden. Unabhängig vom Vergleich mit den Angaben des psychiatrischen Untersuchers konnte bei einem Vergleich der Angaben von Angehörigen verschiedener Krankheitsgruppen gezeigt werden, daß die Angehörigen die Leitsymptome der einzelnen psychischen Störungen sehr gut erfassen können. Eine hohe Korrelation zwischen den Angaben der Angehörigen und den Angaben des psychiatrischen Untersuchers konnte bei allen vier Krankheitsgruppen gesichert werden. Vergleicht man die Ergebnisse dieser Arbeit mit den Untersuchungen von BAER (1973) und HÄBERL (1975) an zykllothymen und schizophrenen Kranken, so finden sich Hinweise dafür, daß negative Beurteilungen der Kranken durch die Angehörigen weitgehend auf die Erfassung psychopathologischer Symptome zurückgeführt werden können.

Die genaue Erfassung der einzelnen Symptome, besonders auch der differentialtypologisch wichtigen Symptome, weist auf die Möglichkeit hin, bei Erhebung der Fremdanamnese genormte Fragebögen in der Art dieser Untersuchung zu verwenden. Nach unseren Ergebnissen könnten solche Befragungen eine ergiebige Informationsquelle darstellen, wobei der ärztliche Arbeitsaufwand sehr gering wäre.

LITERATURVERZEICHNIS
=====

- BAER,R.;S.LEHRL: Zyklothyme und ihre Angehörigen im gegenseitigen Urteil. Ein Beitrag zur Sozialpsychiatrie der Zyklothymie. Int. Pharmacopsychiat. 8 (1973), 116
- BAER,R.: Vergleichende sozialpsychiatrische Untersuchungen an älteren und jüngeren Zyklothymen. Zeitschrift f. Gerontologie 6 (1973), 451
- BAER,R.: Die sozialpsychiatrische Prognose der zyklthymen Depression. Eine klinische und soziologische Untersuchung unter Anwendung statistischer Methoden. Med. Habilitationsschrift, Erlangen 1974.
- BAEYER,W.v.: Die Schranke zwischen den seelisch Abnormen und der Gesellschaft. Nervenarzt 12 (1951), 457
- BAEYER,W.v.: Die Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch Kranken. Soc. Psychiat. 1 (1966), 2
- BLEULER,E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 12. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972.
- ENGELMAIER,M.P.: Psychiatrie als soziale Aufgabe. In: Sozialpsychiatrie. I. Allgemeiner Teil, hsg. v. N. Petrilowitsch, H. Flegel. S. Karger, Basel, New York 1969.

- FINZEN, A., M.v. CRANACH: Vorwort. In: Sozialpsychiatrische Texte. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972.
- GRUHLE, H.W.: Die Schizophrenie. Die Psychopathologie. Handb. Geisteskh. IX. Berlin 1932.
- HÄBERL, P.: Schizophrene und ihre Angehörigen im gegenseitigen Urteil. Med. Diss. Erlangen, in Vorbereitung.
- HEINRICH, K.: Sozialpsychiatrie: Erfolge und Grenzen. In: Psychiatrie im Übergang, hsg. von H. Kranz und K. Heinrich. Thieme, Stuttgart 1969.
- HEISCHMANN, H.: Die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch endogene Psychosen. Med. Diss. Erlangen, in Vorbereitung.
- IRLE, G.: Probleme der Wiedereingliederung des gebesserten psychisch Kranken in Familie und Beruf. In: Das ärztliche Gespräch, vol. 6. Tropon-Werke, Köln 1967.
- JAECKEL, M., S. WIESER: Studien zur "unsichtbaren Schranke" bei psychisch Kranken. Soc. Psychiat. 2 (1967), 100
- JAECKEL, M., S. WIESER: Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit. Thieme, Stuttgart 1970.

- KALDEGG, A.: Psychological observations in a group of alcoholic patients with analysis of Rorschach, Wechsler-Bellevue and Bender-Gestalttest results, Quart. J. Alcohol. 17 (1956), 608
- KAUFMANN, L.: Die Handhabung der Beziehung zwischen Familie, Patient und Klinik. Z. Psychother. med. Psychol. 6 (1969), 221
- MANSON, M.P.: A psychometric determination of alcoholic addiction. Amer. J. Psychiat. 106 (1949), 199
- NUNALLY, J.C.: Popular conceptions of mental health. New York: Holt, Rinehart and Winston 1961.
- OSGOOD, C.E.,
G.J. SUCI,
P.H. TANNENBAUM: The Measurement of Meaning. Urbana, (Ill.) 1957.
- PETRILOWITSCH, N.: Zur Einleitung: Der sozialpsychiatrische Aspekt und die klinische Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrie. I. Allgemeiner Teil, hsg. v. N. Petrilowitsch, H. Flegel. S. Karger, Basel, New York 1969.
- PLOOG, D.: Angeborenes Verhalten in endogenen Psychosen. In: Psychiatrie und Gesellschaft, hsg. v. H. Ehrhardt, D. Ploog, H. Stutte. Huber, Bern und Stuttgart 1958.
- REIMER, F.: Der sogenannte primitive Trinker. Ein Beitrag zur Typologie des Alkoholikers. In: Sozialpsychiatrie. II. Spezieller Teil, hsg. v. N. Petrilowitsch, H. Flegel. S. Karger, Basel, New York 1969.

- SACHS, L.: Angewandte Statistik. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1973.
- SAINSBURY, P.: Die Belastung der Angehörigen durch psychisch kranke Familienmitglieder. In: Sozialpsychiatrische Texte, hsg. v. M. v. Cranach u. A. Finzen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1972.
- SCHEID, W.: Der Zeiger der Schuld in seiner Bedeutung für die Prognose involutiver Psychosen. Z. ges. Neur. u. Psychiatr. 150 (1934), 528
- SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart 1966.
- SCHULTE, W.: Die gesunde Umwelt in ihrer Reaktion auf Psychosen und Psychopathien. In: Psychiatrie und Gesellschaft, hsg. v. H. Ehrhardt, D. Ploog, H. Stutte. Huber, Bern u. Stuttgart 1958.
- SCHULTE, W.: Zur Wiedereingliederung seelisch Kranker und Abnormer in Beruf und Familie. Z. Psychother. med. Psychol. 6 (1963), 209
- STROTZKA, H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie. Rowohlt, Reinbeck 1965.
- SYME, L.: Personality characteristics and the alcoholic. Quart. J. Stud. Alcohol. 18 (1957), 288
- WIECK, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart 1967.

- WIECK,H.H.: Einleitung: Zur Psychopathometrie. In: Angewandte Psychopathometrie, hsg. v. H. H. Wieck. Janssen Symposien, Düsseldorf 1973.
- WIESER,S.: Alkoholismus 1940 - 1959. Fortschr. Neurol. 30 (1962), 169
- WIESER,S.: Devianz und informelle Sanktionen bei psychisch Kranken. In: Sozialpsychiatrie. I. Allgemeiner Teil, hsg. v. N. Petri-lowitsch, H. Flegel. S. Karger, Basel, New York 1969.
- WIESER,S.: Isolation. Vom schwierigen Menschen zum hoffnungslosen Fall. Rowohlt, Reinbeck 1973.
- WINKLER,W.TH.: Die Schizophrenie als sozialer Prozeß. Z. Psychother. med. Psychol. 2 (1967), 54
- WYSS,R.: Klinik des Alkoholismus. In: Psychiatrie der Gegenwart, vol. 2. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1960.
- ZEILINGER,G.: Zyklothyme und Schizophrene am Arbeitsplatz. Med. Diss., Erlangen 1975.

ANHANG

=====

Der 9-seitige Fragebogen 1 enthielt Angaben zur Person des Kranken, zur Berufsanamnese, zur psychiatrischen Anamnese und zu im Rahmen des stationären Aufenthalts durchgeführten Zusatzuntersuchungen. Der Hauptteil bestand aus dem nachfolgend wiedergegebenen psychischen Aufnahmebefund.

Fall-Nr.

Fragebogen:

Kartenart:

IV. Psychischer Aufnahmebefund

Schlüssel: 0 = Symptom nicht vorhanden
1 = Symptom leicht ausgeprägt
2 = Symptom mittelgradig ausgeprägt
3 = Symptom schwer ausgeprägt
9 = nicht beurteilbar

1. zeitlich desorientiert
2. örtlich desorientiert
3. situativ desorientiert
4. über die eigene Person desorientiert
5. Merkfähigkeitsstörungen
6. Konfabulationen
7. Auffassungsstörungen
8. Konzentrationsstörungen
9. Gedankenablauf verlangsamt
10. Gedankenablauf gehemmt
11. Gedankenablauf inkohärent
12. Gedankenabreißen

13. Gedankenausbreitung
14. Gedankenentzug
15. Gedankeneingebung
16. ideenflüchtig
17. logorrhöisch
18. Perseverationen
19. überwertige Ideen
20. Zwangsdenken
21. Zwangshandlungen
22. Phobien
23. Schuldwahn
24. hypochondrischer Wahn
25. Verarmungswahn
26. Wahnwahrnehmungen
27. Wahneinfälle
28. Eifersuchtswahn
29. Größenwahn
30. illusionäre Verkennungen
31. akustische Halluzinationen
32. optische Halluzinationen
33. haptische Halluzinationen
34. Geruchs- und Geschmackshalluzinationen

35. Depersonalisationserlebnisse
36. Entfremdungserlebnisse
37. Autismus
38. Ambivalenz
39. ratlos
40. affektiv entleert
41. depressiv
42. ängstlich
43. euphorisch
44. dysphorisch
45. mißtrauisch
46. aggressiv
47. gespannt
48. innerlich unruhig
49. klagsam
50. läppisch
51. Insuffizienzgefühl
52. gesteigertes Selbstwertgefühl
53. sekundäres Schuldgefühl
54. affektlabil
55. affektinkontinent
56. affektstarr

- 57. antriebsarm
- 58. akinetisch
- 59. mutistisch
- 60. antriebsgesteigert
- 61. motorisch unruhig
- 62. negativistisch
- 63. maniert
- 64. Neologismen
- 65. abendliche Stimmungsaufhellung
- 66. Krankheitseinsicht vorhanden
- 67. Suicidgedanken
- 68. Selbstbeschädigungshandlungen
- 69. Libido gesteigert
- 70. Libido vermindert
- 71. sexuelle Triebabweichungen

V. Bemerkungen:

Der 13-seitige Fragebogen 2 (für den Angehörigen) enthielt Angaben zur Person des Angehörigen, über den Verwandtschaftsgrad zwischen Angehörigen und Kranken, über das Wissen des Angehörigen um die psychische Erkrankung sowie weitere Angaben, die das Verhältnis des Angehörigen zum Kranken betrafen. Der Hauptteil bestand aus der nachfolgend aufgeführten in die Umgangssprache übersetzten Symptomenliste.

Fall-Nr.

Fragebogen 2: Angaben des Angehörigen

Kartenart

III. Angaben des Angehörigen über die psychische
Erkrankung

In der letzten Zeit fielen mir folgende
seelische Besonderheiten am Kranken auf
(Zutreffendes bitte unterstreichen):

0 = nein 1 = ja

- | | |
|---|---------|
| 1. Der Kranke kann nicht angeben, welcher
Tag (Datum, Monat, Jahr) heute ist | ja-nein |
| 2. Der Kranke weiß nicht, wo er sich
befindet | ja-nein |
| 3. Der Kranke weiß nicht, in welcher
Situation er sich im Moment befindet | ja-nein |
| 4. Der Kranke weiß Wichtiges über seine
eigene Person nicht | ja-nein |

5. Der Kranke ist sehr vergeßlich; er kann sich nicht erinnern, über was eben noch gesprochen wurde ja-nein
6. Der Kranke redet wirres Zeug; er erzählt unglaubwürdige Geschichten ja-nein
7. Der Kranke faßt das, was man zu ihm sagt, falsch auf; er hat Schwierigkeiten zu verstehen, was man ihm sagt ja-nein
8. Der Kranke kann sich nicht konzentrieren; er schweift ständig vom Thema ab ja-nein
9. Der Kranke denkt und redet langsamer als sonst ja-nein
10. Der Kranke stockt plötzlich beim Reden, weiß im Moment nicht weiter, wirkt im Denken und Reden so zähflüssig ja-nein
11. Der Kranke spricht nacheinander über Dinge, die gar nichts miteinander zu tun haben; als wären seine Gedanken unzusammenhängend ja-nein

12. Der Kranke verliert mitten im Gespräch plötzlich den roten Faden; er weiß nicht mehr, was er eben noch sagen wollte ja-nein
13. Der Kranke hat das Gefühl, daß sich seine Gedanken auf andere Menschen ausbreiten, so daß diese seine Gedanken lesen können ja-nein
14. Der Kranke hat das Gefühl, daß ihm jemand seine Gedanken entziehe ja-nein
15. Der Kranke hat das Gefühl, daß ihm jemand Gedanken eingebe; daß ihm Gedanken aufgezwungen würden ja-nein
16. Der Kranke sprudelt alle möglichen Ideen und Vorstellungen heraus, ohne dabei einen Gedanken wirklich gründlich zu erklären ja-nein
17. Der Kranke hat einen unbremssbaren Redefluß ja-nein
18. Der Kranke kommt immer wieder auf dasselbe Thema zurück; er sagt immer wieder das Gleiche ja-nein

19. Der Kranke ist von einer bestimmten
unsinnigen Idee oder Vorstellung un- ja-nein
belehrbar besessen
20. Der Kranke empfindet den Zwang, über
etwas nachzudenken, über das er eigent- ja-nein
lich gar nicht nachdenken will
21. Der Kranke empfindet den Zwang, be-
stimmte Dinge zu tun, die eigentlich ja-nein
sinnlos oder überflüssig sind
22. Der Kranke hat vor bestimmten Dingen
oder Situationen außergewöhnliche Ab- ja-nein
neigung, ohne daß er einen vernünftigen Grund angeben könnte
23. Der Kranke fühlt sich ständig schul-
dig, ohne daß er einen Grund dafür ja-nein
hätte
24. Der Kranke glaubt ständig, daß er an
irgendwelchen gefährlichen Krankheiten ja-nein
leide; er hat eine übergroße Angst vor Ansteckung, Krebs usw.
25. Der Kranke glaubt, daß er kein Geld
mehr habe, daß er vor dem Ruin stehe, ja-nein
obwohl diese Befürchtungen nicht gerechtfertigt sind

26. Der Kranke verknüpft mit harmlosen Dingen der Umgebung wahnhaftige Vorstellungen, die nicht stimmen ja-nein
27. Der Kranke hat plötzlich völlig absurde und widersinnige Einfälle über Bedrohung, Verfolgung, religiöse Berufung u. a. ja-nein
28. Der Kranke ist extrem eifersüchtig; er äußert unsinnige Verdächtigungen ja-nein
29. Der Kranke überschätzt sich selbst maßlos; er schwärmt von großartigen Taten, Plänen und Reichtümern, wobei ihm jegliche Selbstkritik fehlt ja-nein
30. Der Kranke erkennt aus seiner Krankheit heraus Dinge der Umgebung (Erlkönig) ja-nein
31. Der Kranke hört Stimmen, Geräusche, Musik, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind ja-nein
32. Der Kranke sieht Gesichter, Farben, Gegenstände, kleine Tiere oder Fäden, die nicht vorhanden sind ja-nein

33. Der Kranke hat körperliche Trugwahr-
nehmungen; er berichtet z. B. über
Schläge, die er in Wirklichkeit nie
erhalten hat; er habe oft das Gefühl, ja-nein
von jemandem angefaßt oder gepackt zu
werden, obwohl in Wirklichkeit niemand
da ist. Er verspüre auch am oder im
Körper elektrische Ströme, Stiche,
Schmerzen usw.
34. Der Kranke berichtet über Geruchs-
oder Geschmacksempfindungen, die in ja-nein
Wirklichkeit nur in seiner Einbildung
vorhanden sind
35. Der Kranke hat das Gefühl, nicht mehr
er selbst zu sein wie früher ja-nein
36. Der Kranke empfindet die Umgebung als
fremd und verändert ja-nein
37. Der Kranke lebt vollständig in seiner
eigenen Welt, man hat keinen rechten ja-nein
Zugang zu ihm
38. Der Kranke entwickelt stark zwiespäl-
tige Gefühle; je nach Stimmung beur-
teilt er dieselbe Person sehr unter- ja-nein
schiedlich. Er kann sich nicht ent-
scheiden. Widersprüchliche Einstellungen
sind gleichzeitig vorhanden (Haßliebe)

- | | |
|---|---------|
| 39. Der Kranke macht oft einen ratlosen Eindruck | ja-nein |
| 40. Der Kranke zeigt keinerlei gefühlsmäßige Regungen, wirkt gleichgültig und leer im Gemüt | ja-nein |
| 41. Der Kranke wirkt niedergeschlagen, traurig | ja-nein |
| 42. Der Kranke ist sehr ängstlich | ja-nein |
| 43. Der Kranke ist in Hochstimmung, hat übertrieben gute Laune, ohne einen Grund dafür zu haben | ja-nein |
| 44. Der Kranke ist mürrisch, gereizt, mißgestimmt | ja-nein |
| 45. Der Kranke ist sehr mißtrauisch | ja-nein |
| 46. Der Kranke ist aggressiv, feindselig | ja-nein |
| 47. Der Kranke wirkt gespannt, geladen | ja-nein |
| 48. Der Kranke wirkt innerlich unruhig | ja-nein |
| 49. Der Kranke ist sehr klagsam, jammert ständig | ja-nein |

- | | |
|--|---------|
| 50. Der Kranke wirkt läppisch, kindisch | ja-nein |
| 51. Der Kranke klagt darüber, daß er sich schwach fühle, daß es ihm sehr schlecht gehe | ja-nein |
| 52. Der Kranke hält sich in übertriebenem Maße für wichtig, unersetzbar | ja-nein |
| 53. Der Kranke hat wegen seiner Erkrankung und seiner Unterbringung in der Klinik Schuldgefühle; er meint, daß er seine Pflichten vernachlässige | ja-nein |
| 54. Der Kranke zeigt starke Stimmungsschwankungen, seine Laune wechselt oft schlagartig (himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt) | ja-nein |
| 55. Der Kranke kann seine Gefühle nicht im Zaume halten; er neigt zu Gefühlsausbrüchen, grundlosem Weinen | ja-nein |
| 56. Der Kranke wirkt gefühlsstarr, eigensinnig, seine Gefühle sind nicht zu beeinflussen | ja-nein |
| 57. Der Kranke wirkt innerlich schwunglos | ja-nein |

- | | |
|---|---------|
| 58. Der Kranke liegt oder sitzt bewegungslos da, er wirkt wie erstarrt | ja-nein |
| 59. Der Kranke schweigt beständig, antwortet nicht | ja-nein |
| 60. Der Kranke wirkt aufgedreht, übertrieben schwungvoll, hastig, aufgekratzt | ja-nein |
| 61. Der Kranke nestelt mit den Händen, kann nicht ruhig halten, sein Körper ist in ständiger Bewegung, er läuft sinnlos hin und her | ja-nein |
| 62. Der Kranke ist übertrieben pessimistisch, verneint alles | ja-nein |
| 63. Der Kranke wirkt gekünstelt, unecht, theatralisch | ja-nein |
| 64. Der Kranke bildet neue Wörter, neue Begriffe, die nicht üblich sind | ja-nein |
| 65. Der Kranke hat am Nachmittag und frühen Abend eine bessere Stimmung. Die Traurigkeit vom Morgen läßt dann nach | ja-nein |

- | | |
|---|---------|
| 66. Der Kranke zeigt gegenüber seiner Erkrankung Einsicht, er faßt seinen Zustand als Krankheit auf | ja-nein |
| 67. Der Kranke spricht oft von Selbstmord, hat Selbstmordgedanken | ja-nein |
| 68. Der Kranke hat versucht, sich das Leben zu nehmen | ja-nein |
| 69. Der Kranke hat einen gesteigerten Geschlechtstrieb | ja-nein |
| 70. Der Kranke ist sexuell unerregbarer als sonst, wirkt gleichgültiger auf diesem Gebiet | ja-nein |
| 71. Der Kranke ist in sexueller Hinsicht abnorm, neigt zu Perversitäten | ja-nein |

IV. Bemerkungen

LEBENS LAUF

Ich wurde am 21. Dezember 1949 als Sohn des Diplom-Ingenieurs Erhard Mühlberg und seiner Frau Elsa, geb. Weiß, in Rodewisch i. Vogtland geboren. 1956 übersiedelte ich mit meiner Familie in die Bundesrepublik. Hier besuchte ich zunächst von 1956 bis 1960 die Volksschule in Nürnberg, danach das mathematisch-naturwissenschaftliche Martin-Behaim-Gymnasium in Nürnberg, an dem ich im Juni 1969 meine Schulzeit mit dem Abitur abschloß.

Mit dem Studium der Medizin begann ich im Wintersemester 1969/70 an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. 1970 bestand ich die naturwissenschaftliche, 1972 die ärztliche Vorprüfung. Den klinischen Teil meines Studiums verbrachte ich gleichfalls in Erlangen, wo ich am 4.8.1976 die ärztliche Prüfung bestand.

Erlangen, im Oktober 1976

Bernd Wolfgang Mühlberg

Copy - Center 2000

852 ERLANGEN · Obere Karlstr. 30
Tel. 09131-26197